MINISTERO DELL' ECONOMIA NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Prof. Dott. CAMILLO TOVO

ONERI, LIMITI E FINALITÀ DELLE CURE
A VANTAGGIO DEGLI INFORTUNATI SUL LAVORO

(Estratto dalla pubblicazione "Concorsi a premi per studi inerenti alle assicurazioni sociali" Vol. IV - Memoria premiata col secondo premio sotto il motto "In labore vita")

SPOLETO
ARTI GRAFICHE PANETTO & PETRELLI

1925

MINISTERO DELL'ECONOMIA NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Prof. Dott. CAMILLO TOVO

ONERI, LIMITI E FINALITÀ DELLE CURE
A VANTAGGIO DEGLI INFORTUNATI SUL LAVORO

(*Estratto dalla pubblicazione "Concorsi a premi per studi inerenti alle assicurazioni sociali,, Vol. IV - Memoria premiata col secondo premio sotto il motto "In labore vita,,*)

SPOLETO
ARTI GRAFICHE PANETTO & PETRELLI

1925

(Estratto dalla Relazione della Commissione aggiudicatrice per i concorsi a premi per studii inerenti alle assicurazioni sociali, banditi con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale del 30 gennaio 1922).

. . . .

È uno studio completo, ordinato, sereno della legislazione italiana ed estera, e degli aspetti giuridici e morali delle questioni relative alla obbligatorietà delle cure, le quali sono esposte sempre obbiettivamente e magistralmente, quantunque talvolta in modo un poco prolisso. Anche i capitoli che trattano degli aspetti economici e pratici hanno gli stessi pregi di chiarezza e di serenità di esposizione, di logicità di idee, di dottrina vasta e sicura. La organizzazione sanitaria è esposta in modo sintetico, ma esauriente. Ed infine merita pure di essere lodata la trattazione delle questioni relative alla assistenza sanitaria nella assicurazione malattie e nella assicurazione infortuni, se pure si possa dissentire da qualche conclusione.

La Commissione ha ritenuto che questo lavoro fosse meritevole di essere collocato in prima linea, non solo perchè rappresenta un'opera pregevole di consultazione, ma per la chiarezza delle idee, per la serenità e la logicità dello svolgimento, e perchè dimostra nell'A. una piena conoscenza dell'argomento tanto dal punto di vista colturale, quanto da quello pratico.

. . . .

Aperta quindi la discussione sul merito comparativo delle varie memorie, la Commissione è venuta unanimemente alle seguenti conclusioni:

a) *le memorie n.* 14 (*In labore vita*) *e n.* 19 (*Parvi sumus parva damus*) *sono degne ambedue di essere collocate in prima linea; la Commissione ha dovuto lungamente discutere intorno ad esse e non ha potuto dissimularsi la difficoltà di un giudizio comparativo. Infatti la memoria n.* 14 *è pervasa da un maggior senso giuridico, mentre la memoria n.* 19 *ha maggiore robustezza nella parte puramente medica. Così la Commissione avrebbe voluto collocare a pari merito le due memorie; ma poichè ciò non è consentito dalle norme del concorso, ha deliberato di assegnare il primo premio alla memoria n.* 19 (*Parvi sumus parva damus*) *per il maggiore sviluppo nella trattazione dell'argomento. Per la memoria n.* 14 (*In labore vita*) *la Commissione, costretta ad assegnarle il secondo premio, fa voti a V. E. che sia disposto a favore di essa l'altro secondo premio di L.* 4000 *che non fu possibile conferire a nessuna delle altre memorie.*

. . . .

Roma, 1º luglio 1924.

CARLO FRANCESCO FERRARIS, *presidente* - LUIGI DEVOTO - ROBERTO ALESSANDRI - GIUSEPPE MESSINA CESARE BIONDI - GIOVANNI LORICA - GIULIO CALAMANI - FRANCESCO SIMEONE, *segretario* - CESARE GIANNINI, *id.*

Visto: *Il Ministro* NAVA.

PREFAZIONE

Nella sua relazione al Congresso di Cremona (maggio 1922) per le assicurazioni sociali, il Dr. Calamani, Direttore Generale al Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, diceva che « il problema dell'obbligatorietà delle cure è così complesso e grave nei suoi aspetti, e così variamente inteso ancora nella scienza, da importare maggiori riserbi, perchè continui ad agitarsi ancora proficuamente e liberamente una disputa, dai cui risultati dovrà trarre motivo il legislatore per orientare a suo tempo ponderate misure di legge ».

Ho ricordato queste parole perchè esse costituiscono un'autorevole conferma dell'interesse e dell'importanza del tema che viene svolto in questa «memoria», e dell'utilità che vi può essere ad agitare e discutere i problemi che vi sono connessi.

Questi problemi sono stati dal tema del concorso prospettati nelle tre forme di : oneri, limiti, e finalità *delle cure. Ed è certo che questa formulazione delinea gli aspetti principali, sotto i quali può essere considerata la questione. Non ho ritenuto però che essa segnasse anche un dispositivo rigoroso per la successione degli argomenti da trattare, in quanto ad esempio lo studio delle «finalità» dell' obbligatorietà, mi sembra dover precedere quello degli « oneri » e dei « limiti » che dalle prime restano condizionati. Nè mi è parso conveniente e possibile la trattazione della materia basata su una divisione schematica netta nei tre capitoli di oneri, limiti e finalità; e ciò perchè tale trattazione, essendo parecchi gli argomenti comuni all' uno e all'altro capitolo, avrebbe portato a ripetizioni inutili e dannose per la chiarezza e concisione della discussione. Quindi tenendo presenti i tre punti principali fissati dal tema come traccia e delimitazione dello studio, io ho creduto bene svolgere il piano del lavoro su questa linea :*

Anzitutto presentare lo stato attuale degli ordinamenti legislativi nostrani nei riguardi della questione, unendovi una breve appendice sulla storia del movimento scientifico, legislativo e sindacale, che vi si riconnette ; e poi quello degli ordinamenti legislativi stranieri.

In tal modo il problema veniva messo « a punto », per usare un termine tecnico, ed era fornito al lettore un quadro delle vicende e della risoluzione più o meno completa di esso, permettendogli di ricorrere a quei confronti di legislazione comparata, che specialmente in materia di legislazione sociale sono utilissimi, e direi indispensabili, perchè ci offrono il frutto della scienza ed esperienza altrui. Anche per l'economia del lavoro mi è sembrato utile raggruppare tutte queste nozioni di legislazione nostrana e straniera, perchè lo svolgimento del tema porta necessariamente a continui richiami ad esse : e se in occasione di questi richiami si fosse dovuto sempre ripeterne l'esposizione, ciò avrebbe portato ad un ingombro dannoso per la chiarezza e l'ordine del discorso.

Dopo questa parte più propriamente espositiva della questione, viene l'analisi dei diversi problemi che si riconnettono ad essa : problemi giuridici, morali, economici e pratici.

Tutti questi problemi vengono considerati sia nei rispetti dell'Istituto chiamato ad apprestare le cure, sia in quelli dell'assicurato tenuto a sottoporvisi. La discussione e risoluzione si svolgono tenendo presenti gli scopi fissati dal tema : lo studio cioè degli oneri, dei limiti e della finalità delle cure a vantaggio degl'infortunati.

In questa trattazione, sono stati frequenti ed allettanti le tentazioni ad entrare nella discussione delle numerose questioni che si ricollegano, in modo non strettamente diretto, all'obbligatorietà delle cure : ad esempio in quella degl'indennizzi del danno permanente in rendita anzichè in capitale ; in quella dell'Istituto assicuratore unico o molteplice ; e così via : ma il timore di appesantire soverchiamente il lavoro, e di meritare la taccia di essere fuoriuscito dall'argomento del tema, mi ha indotto a respingerle.

Così pure ho cercato di evitare discussioni ed esposizioni di particolarità tecniche, ad es. : a proposito dell'organizzazione sanitaria, della rieducazione funzionale, ecc., perchè mi è parso che il tema richiedesse di limitarsi a dare al lettore le linee generali della soluzione del problema senza appesantirlo con minuzie tecniche che possono costituire materia di più utile discussione fra persone del-

l'arte, incaricate di esaminare l'applicazione pratica di quelle norme legislative che si credesse di emanare in proposito, e che possono solo contenere dei principî generali.

Mi pare di avere, come richiesto dal concorso, prospettato e valutato le varie questioni e le diverse soluzioni intorno ai maggiori problemi sull'obbligatorietà delle cure; non so se il modo con cui le questioni furono prospettate e valutate incontrerà il favore del lettore. Mi sorregge però la coscienza di aver fatto opera non del tutto inutile; ad ogni modo « vagliami il lungo studio ed il grande amore », con cui questo lavoro è stato « sentito » ed è stato preparato.

Ottobre 1922.

L'Autore.

CAPITOLO I.

Legislazione italiana.

La legge vigente in Italia « per gl'infortuni degli operai sul lavoro » (31 gennaio 1904, n. 51, modificata in pochi punti nel marzo 1921) contiene una sola disposizione relativa all'obbligo di cure verso l'infortunato, ed è quella risultante dall'ultimo capoverso dell'art. 9 che prescrive : « In ogni infortunio il capo o esercente dell'impresa, industria o costruzione è obbligato a sostenere la spesa per le prime immediate cure di assistenza medica o farmaceutica e per il certificato medico ».

Un accenno alla cura degl'infortunati è contenuto poi nell'art. 37 là dove dice che le somme riscosse per le contravvenzioni alla legge, saranno adibite dal Ministero anche a questi scopi..... 2) per sussidiare le società che assumono l' obbligo di soccorrere gli operai feriti sul lavoro nei primi cinque giorni di malattia....; 4) per sussidiare le Associazioni ed Istituti che provvedono all'assistenza medica dei feriti sul lavoro.

Nel regolamento (del 13 marzo 1904, con scarse modificazioni portate dal decreto 2 ottobre 1921) per l'esecuzione della legge, si trovano altre disposizioni riguardanti la prestazione delle cure.

Così all'art. 15 si specifica il significato delle prime immediate cure di cui all'articolo 9 della legge : « Per prime immediate cure di assistenza medica e farmaceutica, poste a carico del capo o esercente dell'impresa, industria e costruzione dell'art. 9, ultimo alinea, della legge (Testo unico) s'intendono quei soccorsi d'urgenza che è necessario vengano subito apprestati all'operaio, ivi compresa la prima medicazione fatta dal medico, il conve-

niente accompagnamento ed il trasporto del ferito, sinchè esso sia costituito in condizioni normali di cura (1).

A quest'obbligo il datore di lavoro può soddisfare nei modi prescritti dall'art. 118 : « I capi o esercenti di imprese, industrie o costruzioni, i quali abbiano a proprie spese, soli o associati, organizzato un regolare servizio d'assistenza medica o farmaceutica per prestare le prime immediate cure agli operai feriti in conseguenza d'infortuni, o abbiano affidato questo servizio alla Croce Rossa Italiana, possono fare domanda al Prefetto della Provincia per essere esonerati dall'obbligo di provvedere altrimenti alle spese per la predetta cura.

Il Prefetto esamina caso per caso, se l'organizzazione del servizio medico e farmaceutico sia tale da corrispondere al fine della legge e, udito il medico provinciale, concede l'esenzione richiesta.

Il Prefetto provvederà che dal medico provinciale o dagli ufficiali sanitari comunali, siano eseguite, almeno due volte all'anno, ispezioni per accertare che il servizio d'assistenza medica o farmaceutica sia mantenuto in condizione di normale funzionamento ; e potrà revocare il Decreto che concesse l'esenzione » (2).

---

(1) La Cassazione di Torino con sentenza 18 maggio 1914 ebbe a precisare che : « Le prime immediate cure di assistenza medica e farmaceutica, la cui spesa sta a carico dell'industriale, sono non soltanto quelle che si rendono necessarie sul luogo dell'infortunio, ma anche quelle che possono occorrere dopo il trasporto all'ambulatorio od ospedale, finchè l'operaio siasi costituito in condizioni normali di cura.

(2) Nella Circolare del 15 novembre 1904 del Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio, diretta ai Prefetti del Regno per la osservanza delle disposizioni relative alle immediate cure di assistenza medica e farmaceutica agli operai colpiti da infortunio sul lavoro, si faceva richiamo « agli utili servizi che potrebbero rendere ad essi per questo riguardo la benemerita istituzione della Croce Rossa, specialmente dove, come in Sicilia ed in altre parti del Regno, essa ha instituito numerosi posti di soccorso, i quali oltre ad essere provvisti di barelle atte al trasporto dei feriti, sono in grado di procurare a questi l' assistenza di medici e di pratici infermieri e la somministrazione dei necessari medicamenti. Cosicchè dove sia possibile affidare il servizio delle prime immediate cure d'assistenza medica e farmaceutica all'associazione della Croce Rossa, gl'imprenditori o gl'industriali faranno bene ad approfittarne, sia nell' interesse degli operai vittime di infortuni, sia nel loro proprio interesse ».

L'art. 119, aggiunge poi: « Quando in uno stabilimento industriale è una infermeria, istituita per cura e a spese del capo esercente il medesimo, e gli operai sono consuetamente curati in questa infermeria, per ogni operaio colpito da infortunio che venga, col suo consenso, in essa ricoverato, l'Istituto assicuratore dovrà prelevare un terzo della indennità giornaliera spettante all'operaio e versarlo nella cassa della infermeria stessa ».

Infine il Regolamento ha alcune prescrizioni sull'esame medico di controllo dell'infortunato, esame che ha stretto rapporto con la questione dell'obbligatorietà della cura e che perciò riportiamo. Esse sono contenute nell'articolo 103: « L'Istituto assicuratore ha sempre diritto di sottoporre l'operaio alle visite di controllo che creda necessarie. Quando però debba compiere atti che possono avere influenza sull'andamento della cura, le visite debbono essere fatte alla presenza del medico curante dell'operaio.

L'operaio non può senza giustificato motivo, rifiutare, dietro richiesta e a spese dell'Istituto assicuratore:

a) di prestarsi ad una o più visite da effettuarsi dal proprio medico curante, o da altro medico di sua fiducia, in contraddittorio del medico fiduciario dell'Istituto assicuratore;

b) di entrare in ospedali o appositi Istituti o Gabinetti medici indicati dall'Istituto assicuratore allo scopo che possano essere accertate le conseguenze dell'infortunio.

Se l'operaio non voglia sottoporsi alle visite di controllo, od opponga un ingiustificato rifiuto alle richieste fattegli dall'Istituto assicuratore per gli effetti di cui alle lettere *a*) e *b*), l'Istituto assicuratore potrà sospendergli il pagamento dell'indennità giornaliera per inabilità temporanea ».

Ed in ultimo l'art. 150 prescrive che: « le amministrazioni ospitaliere non possono rifiutarsi di ricevere negli ospedali gli operai colpiti da infortunio sul lavoro, salvo il rimborso, verso chi di diritto, delle spese di spedalità. Esse devono permettere agl'Istituti assicuratori di fare visitare da ispettori medici di loro fiducia gli operai predetti degenti nell'ospedale.

Le amministrazioni ospitaliere hanno altresì l'obbligo di dare visione ed eventualmente copia agli interessati, che dovranno sostenere le relative eventuali spese, dei documenti

clinici e necroscopici relativi agl'infortunati da esse ricoverati ».

Queste sono le disposizioni legislative o regolamentari che concernono l'esame medico o le cure mediche degli operai infortunati sul lavoro dell'industria.

Per ciò che riguarda gli agricoltori, il Decreto Legge Luogotenenziale 23 agosto 1917 n. 1450, concernente « L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in agricoltura », non fissa alcun obbligo di prestazione di cura all' infortunato: riserva invece in certi limiti il diritto all'Istituto assicuratore di prescriverle. Dice infatti l'art. 18 : « Il lavoratore non può senza giustificato motivo, rifiutarsi, dietro richiesta ed a spese dell'Istituto assicuratore, di sottostare alle cure che l'Istituto stesso ritenga necessarie, e di entrare in tal fine in qualsiasi clinica, ospedale o altro luogo di cura che sia indicato dall'Istituto assicuratore. Fra tali cure non s'intendono comprese le operazioni chirurgiche, salvo i minori atti operativi. In caso di ingiustificato rifiuto, può essere negato in tutto od in parte l'indennità, salvo, in casi di contestazione, il giudizio arbitrale ».

Nel Regolamento per l'esecuzione di questa legge (del 21 novembre 1918 n. 1889 con scarse modifiche portate dal Decreto 2 ottobre 1921) troviamo qualche accenno all'obbligo di cura verso l'infortunato nell'art. 85 che prescrive : « L'esercente la azienda ha l'obbligo di fornire tutti i mezzi a sua disposizione per far trasportare l'infortunato al luogo dove possa ricevere le prime immediate cure, od anche per far venire il medico al luogo dove l' infortunato si trova, quando questi è intrasportabile ».

Disposizioni, pure riguardanti sotto un certo aspetto le cure, sono contenute nell'articolo 83 : « Gli ufficiali sanitari ed i medici condotti non possono rifiutare di prestare i primi soccorsi ad un infortunato, qualunque sia il comune a cui questi appartenga, salvo il diritto a ripetere i loro onorari da chi ne abbia l'obbligo, quando l'infortunato non abbia diritto all'assistenza gratuita del Comune ».

E nell'art. 84 : « Le amministrazioni ospedaliere non possono rifiutarsi di ricevere negli ospedali gl'individui colpiti da infortunio sul lavoro, salvo il rimborso, verso chi ne abbia l'obbligo a norma della legge sull'assistenza ospitaliera, delle spese di ospe-

dalità. Esse devono permettere agli Istituti assicuratori di fare visitare da medici di loro fiducia gl'infortunati degenti nell'ospedale ». (1)

In questo articolo si accenna al diritto di controllo medico per parte dell'Istituto assicuratore: norme più specificate per questo controllo sono fissate dall'art. 88. « Gli ufficiali sanitari ed i medici condotti non possono, senza motivo giustificato, rifiutare l'opera loro, quando sia richiesta dall'Istituto assicuratore, per accertare in qualunque tempo le conseguenze degli infortuni sul lavoro, nè rifiutarsi di rispondere a tutti i quesiti che, per tali accertamenti, ad essi vengono rivolti ». E sopratutto dall'art. 89 che fa obbligo all'infortunato « di entrare in ospedali o in appositi Istituti o gabinetti medici indicati dall'Istituto assicuratore allo scopo che possano essere accertate le conseguenze dell'infortunio.

L'Istituto rimborserà all'infortunato le spese di viaggio ed una diaria e le spese di accompagnamento rese necessarie dalle condizioni dell'infortunato stesso nella misura che sarà stabilita dal Comitato di liquidazione.

« Se l'infortunato non voglia sottoporsi alle visite di controllo di cui nella prima parte del presente articolo od oppponga un ingiustificato rifiuto alle richieste fattegli dall'Istituto assicuratore per gli effetti di cui alle lettere *a*) e *b*), l'Istituto assicuratore potrà non corrispondergli il pagamento dell'indennità giornaliera fino a che egli non consenta alla richiesta dell'Istituto stesso ».

Da questa esposizione appare che essenzialmente nelle leggi italiane, più importanti, sull'assicurazione contro gli infortuni, l'obbligo delle cure per parte del datore di lavoro si riduce alle prime immediate cure negl'infortuni industriali ed ai mezzi di trasporto dell'infortunato, o del medico presso il ferito quando

---

(1) Questo articolo, nel suo primo periodo, è stato del tutto recentemente, dalla Commissione Parlamentare per la Legislazione sul Lavoro, incaricata di esaminare la conversione in Legge del Decreto-Legge sull'assicurazione infortuni agricoli, trasportato nel disegno di Legge preparato dal Ministero per la conversione stessa, facendovi questa significativa aggiunta: « L'Istituto assicuratore provvederà senza indugio a proprie spese alla prima fornitura degli apparecchi di protesi del lavoro: il regolamento stabilirà con quali norme ed in quali condizioni potrà effettuarsi la fornitura suddetta » (art. 3).

questo sia intrasportabile al luogo dove possa ricevere la prime immediate cure, per gl'infortuni agricoli; mentre l'obbligo fatto all'operaio di sottostare alle cure mediche non è contemplato per gl'infortuni industriali, ed è ammesso per gl'infortuni agricoli, eccettuate le operazioni chirurgiche (salvo i minori atti operativi) con sanzione di perdita totale o parziale di indennità in caso di ingiustificato rifiuto. Esiste invece in ambedue le categorie d'infortuni l'obbligo dell'infortunato di sottostare alle visite di controllo e di accertamento dell'Istituto assicuratore, con sanzioni, per il rifiuto, di perdita dell'indennità per invalidità temporanea (salvo i casi di rifiuto giustificato).

Esistono però nella legislazione italiana disposizioni riguardanti istituti o forme, o industrie particolari, che hanno non piccolo interesse per l'argomento che ci occupa. Già nella legge stessa delli 31 gennaio 1904, *nelle disposizioni speciali per i trasporti marittimi* è detto: art. 22: « L'obbligo della assicurazione imposto dalla presente legge non dispensa dalle prestazioni delle cure e dal pagamento dei salari nei casi e modi stabiliti dagli articoli 537 e 539 del Codice di Commercio ».

Ora, l'art. 537 del Codice di Commercio prescrive: « Il marinaio che contrae malattia durante il viaggio, o che è ferito per servizio della nave, è pagato dei salari, ed è curato e medicato a spese della nave; se è ferito nell'eseguire un servizio comandato nell'interesse della nave e del carico, è curato a spese della nave e del carico. Allorchè la cura richieda che il marinaio sia sbarcato, il capitano deve depositare nelle mani dell'ufficio consolare la somma giudicata necessaria per la cura ed il ritorno in patria.

Dove non trovasi un ufficio consolare, il Capitano deve far ricoverare il marinaio in ospedale o altro luogo in cui possa essere curato, depositando anche la somma indicata di sopra.

In ogni caso il marinaio sbarcato non ha il diritto alle spese di cura ed ai salari per più di quattro mesi dallo sbarco ».

E l'art. 538 aggiunge:

« Se il marinaio è ferito o contrae malattia per sua colpa o mentre si trova a terra senza autorizzazione, le spese della cura sono a suo carico, ma il capitano è obbligato ad anticiparle.

Se il marinaio dev'essere sbarcato il capitano provvede per la cura e per il ritorno precedente, salvo il diritto al rimborso, ed il salario non è pagato che per il tempo durante il quale il marinaio ha servito ».

Un'altra disposizione che ha particolare interesse riguardo all'obbligatorietà delle cure si riscontra nella legislazione italiana ed è quella che concerne il *Sindacato obbligatorio siciliano di Mutua Assicurazione per gli infortuni sul lavoro nelle miniere di zolfo.*

Questo sindacato fu reso obbligatorio da una legge che fu varie volte rimaneggiata e che nella sua edizione ultima porta all'art. 9 l'obbligo al sindacato di organizzare « un servizio di posti di soccorso e prime cure per gli operai delle zolfare colpiti da infortunio sul lavoro ».

Se però questa disposizione legislativa s'uniforma in fondo a quanto prescrive la legge generale del 31 gennaio 1904 per gli infortuni sul lavoro, del tutto speciale è viceversa la disposizione che è fissata nell'art. 13 del Regolamento.

In questo articolo approvato con R. Decreto 3 dicembre 1908 n. 7087, si stabilisce che « qualora in favore degli operai occupati in una zolfara o in una lavorazione per la ricerca del materiale solfifero, sia disposto a spese del Sindacato un servizio sanitario per le cure consecutive all'infortunio, ognuno di questi operai che sia colpito da infortunio è obbligato in conformità alle prescrizioni dell'art. 40 del regolamento 18 giugno 1899 n. 231 per la prevenzione degli infortuni nelle miniere, cave o torbiere, *ad attenersi completamente alle prescrizioni del medico incaricato del servizio predetto* ».

Inoltre è detto :

Art. 10. – « L'operaio è obbligato a presentarsi al posto di soccorso quante volte ne venga invitato dalla Direzione del Sindacato quando il posto sia sul luogo stesso di residenza dell'operaio, e questo non sia impedito dalla natura della lesione ad uscire dalla propria abitazione ».

Nè la legge nè il regolamento contengono però sanzioni per i casi di rifiuto.

Particolari disposizioni si trovano pure nelle norme concernenti il :

Lavoro nelle cave, miniere, ecc. Nel regolamento per l'esecuzione della legge di polizia mineraria, del 10 gennaio 1907, alcuni articoli riguardano la somministrazione delle prime cure agl'infortunati.

Art. 34. – Entro tre mesi dal giorno dell'apertura dell'esercizio, gli uffici minerari presentano ai prefetti le proposte di prescri-

zioni da darsi agli esercenti di miniere, cave e torbiere, relative all'obbligo di tenere i medicamenti ed i mezzi di soccorso, ed un medico chirurgo ove sia necessario per il numero degli operai occupati, e per la grande distanza dai centri abitati ove risieda un medico.

Ove se ne riconosca il bisogno, tali prescrizioni possono essere successivamente modificate con la stessa procedura.

Art. 35. – Un solo medico-chirurgo può essere contemporaneamente addetto al servizio di più stabilimenti, quando siano ad una conveniente vicinanza.

Lo stipendio del medico-chirurgo è a carico degli esercenti nella proporzione da determinarsi dal Prefetto, sentito l'ingegnere delle miniere, tenuto conto del numero degli operai, della natura dei lavori e della loro situazione.

Art. 36. – Il Prefetto, uditi l'ingegnere delle miniere ed il medico provinciale, prescrive con suo decreto ai singoli esercenti la natura e la quantità dei medicinali e dei mezzi di soccorso da tenersi costantemente, come pure gli apparecchi di salvataggio.

Qualora vi siano gruppi di miniere o cave che facciano capo ad un centro comune, l'ingegnere delle miniere fa al Prefetto le proposte di locali e mezzi di soccorso comuni per tutto il gruppo. Il Prefetto invita gl'interessati a riunirsi in consorzio per l'esecuzione di tali proposte. Qualora taluno di essi non consenta, il consorzio si fa fra gli altri e ciascuno fra i dissenzienti è obbligato a munirsi di tutto l'occorrente a termini di legge.

Art. 43. – Le spese necessarie ai soccorsi immediati da apprestarsi ai feriti, agli annegati od asfissiati e per l'esecuzione dei lavori, come pure le indennità per la requisizione di utensili, cavalli, o per altri mezzi di soccorso, sono a carico dell'esercente della miniera cava o torbiera ».

Una vera norma di obbligatorietà di cure è sancita poi nel *Regolamento per la prevenzione degl'infortuni nel lavoro delle cave, miniere, ecc.* (18 giugno 1899, n. 231) all'art. 40, il quale prescrive : « Le lesioni di qualunque entità che l'operaio riporti sul lavoro, devono essere da lui o dai compagni immediatamente denunciati alla direzione, perchè questa possa affidarlo alle cure del sanitario della miniera, *alle quali il ferito dovrà poi completamente uniformarsi* ».

Invece il regolamento per la prevenzione degl'infortuni nelle imprese o nelle industrie che trattano od applicano *mate-*

rie esplodenti, si limita a disporre che « nelle officine destinate alla fabbricazione o manipolazione di esplosivi si deve provvedere perchè si possa ad ogni istante prestare prontamente i primi soccorsi agli operai colpiti da infortunio o malore ».

E l'art. 41 del Regolamento per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nell'esercizio delle *strade ferrate*, si limita a prescrivere l'adozione di cassette di soccorso per i primi soccorsi d'urgenza.

Un particolare cenno merita ancora una legislazione speciale riguardante gl' infortuni sul lavoro nella Tripolitania e Cirenaica.

Il R. Decreto 25 maggio 1913 sulle « *Norme relative agl'infortuni sul lavoro nella Tripolitania e Cirenaica* » estende a queste regioni, in quanto vi siano applicabili e con le modificazioni necessarie stabilite dal presente decreto, le disposizioni della Legge 31 gennaio 1904 e del relativo regolamento.

Fra le modifiche è precisamente importante per il nostro argomento quella contemplata dagli art. 12, 24 e 32 del suddetto decreto. L'art. 12 prescrive : « In ogni caso di infortunio, le cui conseguenze abbiano una durata maggiore di cinque giorni, l'imprenditore, nelle condizioni previste dall'art. 9, è obbligato a provvedere, oltre alle prime immediate cure, anche *alle ulteriori cure di assistenza medica farmaceutica, fino a guarigione completa chirurgica*, e per un massimo di tre mesi dal giorno dell'infortunio. Per le somme erogate al di là dei tre mesi, nella misura strettamente necessaria, è data rivalsa sull' indennità che possa competere all'operaio ai sensi dei precedenti articoli.

Per l'adempimento dell'obbligo suddetto l'imprenditore deve provvedere nel modo indicato nell'ultimo comma dell'articolo 32, salvo che egli abbia già istituita una speciale infermeria per la cura ed il ricovero dei propri operai ».

L'art. 24 : « Oltre quanto è disposto dall'art. 103 del Regolamento, l'operaio non può senza giustificato motivo rifiutarsi, dietro richiesta ed a spese dell'Istituto assicuratore, di sottostare alle cure che l'Istituto stesso ritenga necessarie, e di entrare a tal fine, in qualsiasi clinica, ospedale o altro luogo di cura che sia indicato dall'Istituto. Tra le cure previste nella presente disposizione non s'intendono comprese le operazioni chirurgiche, salvo i minori atti operativi.

In caso d'ingiustificato rifiuto, può esser negata in tutto od in parte l'indennità, salvo in caso di contestazione, il giudizio arbitrale di cui il successivo articolo (1).

Art. 32 ultimo comma : « Essa (Cassa Nazionale) deve anche assumere per conto di coloro che vi sono chiamati, l'obbligo delle cure di assistenza medica e farmaceutica, stabilite dall'articolo 12 ».

Infine nel capitolo della Legislazione Italiana, anche perchè da questa oltre che una semplice ispirazione furono tratte molte disposizioni letteralmente riprodotte, trova posto la legislazione della *Repubblica di S. Marino :*

Il testo di legge per gl'infortuni sul lavoro prescrive all'art. 9 : « In ogni infortunio il capo o l'esercente dell'impresa, industria e costruzione e chiunque abbia affidato ad operai un lavoro manuale di qualsiasi specie, è obbligato a sostenere la spesa per le prime immediate cure di assistenza medica e farmaceutica e per il certificato medico.

Ed all'art. 19 : « L'Istituto assicuratore ha sempre diritto di sottoporre l'operaio alle visite di controllo che creda necessarie. Quando però si compiono atti che possono avere influenza sull'andamento della cura, le visite debbono essere fatte alla presenza del medico curante dell'operaio.

L'operaio non può senza giustificato motivo rifiutare dietro richiesta ed a spese dell'Istituto assicuratore :

a) di prestarsi ad una o più visite da effettuarsi dal proprio medico curante e da altro medico di sua fiducia in contraddittorio del medico fiduciario dell'Istituto assicuratore.

b) di entrare in appositi istituti o gabinetti medici indicati dall'Istituto assicuratore, allo scopo che possano essere accertate le conseguenze dell'infortunio.

Se l'operaio non voglia sottoporsi alle visite di controllo di cui alla prima parte del presente articolo, od opponga un ingiustificato rifiuto alle richieste fattegli dall'Istituto assicuratore per gli effetti di cui alle lettere *a*) e *b*) oppure rifiuti di sottoporsi ad adeguate cure o anche *a piccoli atti operatori che non importino ragionevoli preoccupazioni per la sua vita,* l'Istituto assicuratore potrà negargli il pagamento di qualsiasi indennità ».

---

(1) Questo art. 25 rende obbligatorio il procedimento arbitrale dell'art. 115 del Regolamento generale del 13 marzo 1904.

Nel progetto di legge per gli infortuni in Agricoltura del 1920 la questione delle cure è trattata nell'art. 9 che prescrive: « Il lavoratore non può senza giustificato motivo rifiutarsi dietro richiesta ed a spese della Cassa Nazionale di sottostare alle cure che l'Istituto ritenga necessarie, e di entrare a tal fine in qualsiasi clinica, ospedale od altro luogo di cura che sia indicato dall'Istituto.

Tra tali cure non s'intendono comprese le operazioni chirurgiche, salvo i minori atti operatori. In caso d' ingiustificato rifiuto può essere negata in tutto od in parte l'indennità, salvo in caso di contestazione il giudizio arbitrale ».

APPENDICE AL CAPITOLO I.

Riassunto storico del movimento legislativo, scientifico, sindacale italiano riguardante l'obbligatorietà delle cure.

La questione dell'obbligatorietà delle cure cominciò ad assumere molta importanza dopo la pubblicazione della legge del 1898. Nei lavori preparatori di questa legge se ne ebbe solo qualche accenno durante le discussioni delle Commissioni incaricate di elaborare uno schema di progetto di legge, delle Commisioni parlamentari incaricate di esaminare i progetti di legge governativi, nella relazione ministeriale che accompagnava il progetto Barazzuoli (presentato nella seduta del 10 giugno 1895, e che diventò poi legge nel 1898) e nella discussione delle due Camere. (1) Fu solo durante la discussione alla Camera dei Deputati del progetto di legge, nella seduta del 1º maggio 1896, che l'On. Zavattari proposte un'aggiunta al primo articolo concernente « l'obbligo del datore di lavoro a fornire le prime cure di assistenza medica all'operaio colpito dall'infortunio » giustificando

---

(1) Vedi « *Annali del Credito e della Previdenza* » 1896 ed « *Atti Parlamentari XIX Legislatura* ».

la sua proposta con la considerazione che « gli stabilimenti sono nella maggior parte fuori della città ed in quei luoghi, medici non vi sono ». (1)

Il Ministro Guicciardini si oppose alla proposta dicendo che non era opportuna, ma senza dilungarsi a dar ragione del suo asserto: il relatore Chimirri disse che ne riconosceva il fondamento per quanto nell'aiuto dato al sorgere di società per la cura degli infortunati vi fosse gi « qualcosa che risponde al desiderio espresso dell'On. Zavattari », ma sostenne doversi mettere quest'obbligo in altra parte della legge. La proposta Zavattari ottenne l'appoggio degli On. Chiaradia, Peroni e Fusinato, e fu dalla Commissione inglobata nel testo di legge, accompagnata però da un limite massimo di spese fissato in lire cinquanta. La proposta non trovò favorevole accoglienza al Senato specialmente per opposizione del relatore On. Lampertico il quale nella sua relazione (10 luglio 1896) scriveva che « la disposizione annessa per l'assistenza medica dev'essere respinta, perchè tende ad interrompere l'unità della concezione legislativa quale era espressa nel progetto presentato alla Camera dei Deputati. . . . La disposizione annessa oltre ad essere un nuovo sopraccarico per l'industriale, è lungi dall'essere ben definita perchè non vi si tratta dei servizi immediati necessari al momento dell'infortunio, o di quelli prolungati fino al momento in cui il medico fiduciario dell'Istituto assicuratore abbia fatto la sua visita e dato il suo avviso sulla durata possibile e sulle conseguenze dell'infortunio ». Il relatore si preoccupava inoltre delle questioni che potevano sorgere fra il datore di lavoro e l'Istituto assicuratore per il rimborso delle spese.

Attraverso queste opposizioni e discussioni finì per trionfare la formula primitiva dell'On. Zavattari che in parole quasi identiche fu trasportata nella legge del 1898 e si conservò poi in quella del 1904 (art. 9), giacchè nel rimaneggiamento del 1904, la questione delle cure non diede luogo ad alcuna discussione, e la formola della legge del 1898 rimase inalterata.

Risorse invece la questione a proposito del disegno di legge « concernente modificazioni alla legge (Testo Unico) 31 gennaio 1904 per gl'infortuni degli operai sul lavoro », presentato dall'On.

---

(1) Vedi *Atti Parlamentari XIX Legislatura* – Discussioni – pagina 3766.

Cocco-Ortu, Ministro di Agricoltura, Industria e Commercio, alla Camera dei Deputati nella seduta del 13 marzo 1908. Questo disegno di legge era stato preceduto dai lavori di una Commissione nominata dall'On. Rava con suo decreto del 31 maggio 1905, commissione in cui la medicina infortunistica era rappresentata dal Borri. (1) Esso, insieme ad importanti modifiche sulla giurisdizione e la procedura per le controversie, conteneva un articolo 22 il quale oltre a ripetere le disposizioni della legge 1904 circa le visite di controllo e l'obbligo dell'infortunato di sottostarvi, presentava un comma così formulato: « L'operaio non può senza giustificato motivo rifiutare dietro richiesta ed a spese dell'Istituto assicuratore . . . . . *c*) di assoggettarsi alle cure che senza pericolo per l'esistenza di esso e senza danno per la sua salute possono attenuare, a giudizio del medico di fiducia dell'Istituto assicuratore, le conseguenze dell'infortunio in ordine alla capacità del lavoro; e di entrare in un ospedale nel quale queste cure possono essergli convenientemente prestate. Fra le spese da sostenersi dall'Istituto assicuratore nei casi preveduti dal presente articolo, è compresa una indennità giornaliera per tutto il tempo in cui l'operaio in conseguenza e per effetto delle visite degli accertamenti e delle cure debba astenersi dal lavoro.

Questa indennità non potrà in nessun caso essere superiore al salario giornaliero che aveva l'operaio nel momento dell'infortunio, ed in caso di disaccordo delle parti sarà determinata definitivamente dal pretore.

Qualora l'operaio opponga un ingiustificato motivo di rifiuto alle richieste fattegli a norma del presente articolo dall'Istituto assicuratore, questi potrà sospendergli il pagamento delle indennità o ridurne la misura secondo i casi e alle condizioni che saranno stabilite nel regolamento ». (2)

Il progetto Cocco-Ortu fu oggetto di discussioni in parecchie sedute della Camera, ma fu poi ritirato, specialmente per le opposizioni sollevate dalle norme regolanti il contenzioso e le magistrature giudicanti, e da quelle stabilenti l'Istituto assicuratore unico. Nel corso della discussione si ebbe la prima mani-

---

(1) Gli Atti della Commissione sono pubblicati nel Vol. 67 degli « *Annali del Credito e delle Previdenza* » – anno 1906

(2) Vedi *Atti Parlamentari XXII Legislatura.*

festazione, diremo così, pubblica, della questione dell'obbligatorietà delle cure totali verso l'infortunato, e fu sollevata dall'On. Pasqualino-Vassallo il quale nella seduta del 15 dicembre 1908 (1) disse fra l'altro « Il Ministro doveva avere il coraggio, e la Commissione con esso, di creare nell'occasione di questa legge, quello che è istituzione universale di tutti i Paesi civili: l'obbligo da parte delle Compagnie di Assicurazioni di curare a loro spese l'ammalato.

È questo un punto nel quale l'interesse dell'operaio, coincide, chi ben guardi, con quello dell'Istituto assicuratore ».

In questo stesso anno 1908, il Regolamento della legge sul Sindacato Zolfifero Siciliano di assicurazione per gl'infortuni sul lavoro, introduce di fronte alla prestazione di cure da parte del sindacato, l'obbligo all'infortunato di sottostarvi (2) inspirandosi ad una disposizione del Regolamento (1899) per la prevenzione per gl'infortuni sul lavoro delle miniere, cave, ecc. E nel 1913 col decreto-legge contenente le norme relative agl'infortuni sul lavoro nella Tripolitania e Cirenaica (3) si affermava pure il principio dell'obbligatorietà bilaterale.

Ma si tratta di disposizioni legislative in campi particolari che trovarono solo un seguito incompleto nelle disposizioni posteriori di ordine più generale, le quali riguardavano l'assicurazione contro gl'infortuni sul lavoro agricolo (1917). In queste fu sanzionato (4) il solo obbligo dell'infortunato di sottostare, entro certi limiti, alle cure prescritte dall'Istituto assicuratore.

L'ultima deliberazione legislativa in materia di infortuni fu quella che concernette le modificazioni apportate alla legislazione infortunista colla legge del Marzo 1921: nelle proposte di rimaneggiamento formulate dal Ministro ed accettate dalla Camera dei Deputati, la questione dell' obbligatorietà aveva uno spunto nell'ultimo comma dell'articolo 9 *ter*, in cui era detto: « L'Istituto assicuratore provvederà a proprie spese alla prima fornitura degli apparecchi di protesi del lavoro, e presterà la sua assistenza per facilitare la rieducazione professionale ».

---

(1) *Atti Parlamentari XXII Legislatura* – Discussioni pag. 24741.
(2) Vedi Capitolo precedente – « *Legislazione Italiana* ».
(3) Vedi Capitolo precedente – « *Legislazione Italiana* ».
(4) Vedi Capitolo precedente – « *Legislazione Italiana* ».

Ma l'innovazione non fu accettata dal Senato, ed è solo di questi giorni ricomparsa, per quello che riguarda la fornitura degli apparecchi di protesi, nelle proposte della Commissione parlamentare che ha esaminato la conversione in legge del Decreto-Legge concernente l'assicurazione per gl'infortuni agricoli.

Per quanto non pertinente strettamente al campo infortunistico, pure indubbiamente legata al nostro argomento da affinità di principî informatori e di norme esecutive, è la questione delle cure nell'*assicurazione obbligatoria contro le malattie.* Per ciò credo utile per la mia trattazione ricordare quale è stato il pensiero della Commissione incaricata della preparazione di uno schema di legge (finora al momento in cui scrivo, in Italia è stato l'unico lavoro legislativo compiutosi, od almeno conosciuto, in questa materia). Essa è trattata negli articoli 69-70 dello schema di legge.

L'art. 69 recita : « l'assistenza sanitaria comprende le cure mediche, chirurgiche ed ostetriche, i medicinali per tutta la durata della malattia, nonchè gli altri presidî e sussidi terapeutici ordinari.

Art. 70. – L'assicurato non può senza giustificato motivo rifiutarsi dietro richiesta, ed a spese dell'Istituto di previdenza sociale, di sottostare alle cure che l'Istituto stesso ritenga necessarie, e di entrare a tal fine in qualsiasi clinica, ospedale o altro luogo di cura che sia indicato da esso. Fra tali cure non si intendono comprese le operazioni chirurgiche, salvo i minori atti operativi. In caso di ingiustificato rifiuto, può essere negata in tutto od in parte l'indennità, salvo, nei casi di contestazione, il giudizio arbitrale ».

Anche un'altra legge di assicurazione sociale, quella « concernente l'*assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e vecchiaia* » contiene una disposizione che costituisce un utile termine di confronto, ed è quella dettata nell'art. 10 : « Nei casi in cui vi sia la possibilità di attenuare o eliminare la invalidità già accertata, mediante una cura opportuna o con il ricovero in un ospedale, la Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali potrà adottare tali rimedi, *purchè il pensionato vi consenta.* Così pure se consti, che, mercè opportune cure o con il ricovero in un ospedale, possa essere evitato o ritardato ad un assicurato di diventare invalido, la Cassa Nazionale potrà sottoporre l'assicurato a tali mezzi preventivi di cura, purchè esso vi consenta.

Le spese del trattamento sanitario e della ospedalizzazione nei casi precedentemente considerati saranno a totale carico della Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali, indipendentemente dalle altre prestazioni considerate in questo decreto ».

La legge contiene pure all'art. 3 la disposizione che l'assicurazione ha fra i suoi scopi «la cura dell'invalidità». E l'art. 79 del Regolamento (29 febbraio 1920, n. 245) precisa che oltre ad incoraggiare l'Istituzione di speciali scuole con corsi di assistenza e pronto soccorso, la Cassa Nazionale ha facoltà di concorrere a « sussidiare cliniche, reparti ospedalieri, ambulatori od altri Istituti specializzati, i quali si propongono la cura di malattie che possano avere per conseguenza una condizione di invalidità, come anche Istituti di rieducazione professionale o di protesi del lavoro.

La Cassa curerà di stipulare convenzioni con gli istituti della specie di quelli indicati al precedente numero 2, allo scopo di assicurarsi le migliori possibili condizioni per il ricovero e la cura degli assicurati ».

« Art. 80 : Se in seguito ad un rapporto di uno dei suoi medici fiduciari, la Cassa ritenga che, mercè opportune cure o con il ricovero in un ospedale, possa essere eliminata od attenuata la invalidità già accertata di un pensionato, o possa essere evitato o ritardato ad un assicurato di diventare invalido, e che sia perciò conveniente sostenere le spese, ai termini dell'art. 10 del decreto-legge, per le cure e il ricovero predetti, ne informerà l'interessato, indicandogli i vantaggi che da tali mezzi preventivi di cura potrebbero derivargli, e invitandolo a dichiarare, entro un termine prestabilito, se consente a sottoporvisi.

Il pensionato o l'assicurato ha facoltà di chiedere che sulla richiesta di cui nel precedente comma si pronunci un Collegio di tre medici, dei quali uno da lui designato, un altro designato dalla Cassa ed il terzo di comune accordo tra le parti ».

Così pure può allacciarsi al nostro argomento la disposizione dell'art. 48 della legge « concernente l'istituzione di una *Cassa di Maternità* » che prescrive : « Tanto in caso di aborto quanto in caso di parto, perde il diritto al sussidio, o alla parte di esso non ancora riscossa, l'operaia che torna al lavoro prima che sia passato il periodo di riposo, prescritto dalla legge (testo unico) sul lavoro delle donne e dei fanciulli, anche se riprenda il lavoro in industrie non soggette a quella legge ».

Infine è pure interessante il raffronto con una disposizione relativa all' assegnazione, di *pensioni di guerra*, che è contenuta nell' art. 12 del Decreto luogotenenziale 1º maggio 1916 n. 497.

« Art. 12. Quando un militare, trovandosi in uno Stabilimento sanitario, rifiuti di sottoporsi ad una cura chirurgica, dalla quale i sanitari ritengono che egli possa ottenere la guarigione od un miglioramento, le autorità sanitarie dovranno far risultare il rifiuto da processo verbale da lui firmato, o crocesegnato, in presenza di testimoni.

Tale processo verbale dovrà poi essere allegato agli atti sanitari, e qualora dai pareri del Collegio medico, della Direzione di Sanità e dell'Ispettorato di Sanità risulti che la mancata guarigione del militare dipende unicamente dalla non eseguita cura, non si farà luogo ad alcuna pensione.

Se invece le Autorità Sanitarie ritenessero che la mancata cura impedì soltanto un miglioramento, la pensione sarà liquidata per la categoria inferiore a quella cui l'infermità viene giudicata ascrivibile, sempre che il militare risulti inabile a continuare od a riassumere più tardi il servizio.

Nel campo scientifico è mio intento ricordare brevemente solo quanto si è fatto da noi, ritenendo esorbitare dai confini di questa memoria di trattare anche solo di scorcio, del movimento scientifico straniero, che costituisce un materiale oltrechè imponente per mole, di un interesse secondario per questo che vuol essere uno studio della questione come si è presentata e si presenta in Italia.

Ricorderò solo, perchè vi hanno partecipato degli italiani, le discussioni dei Congressi Internazionali degli Infortuni, tenutisi a Milano nel 1894 (Vedi specialmente memoria di Boediker: « De l' influence de l' assurance contre les accidents sur l'amelioration du traitement des blessés et le rétatlissement de la capacité de travail »); a Bruxelles nel 1897 (Vedi Question IX, Attenuation des suites d'accidents. Memoria del Dr. Bernacchi); a Parigi nel 1900 (Memorie di Beilefeld, Roques ecc.); a Dusseldorf nel 1912; e soprattutto quello di Roma (1909) in cui il primo tema fu quello dell' « organizzazione del servizio medico chirurgico per le cure e la sorveglianza delle conseguenze degli infor-

tuni » (Relazioni di Romano e Colaianni (1), Comunicazioni di Albanese e Colaianni (2), Amistani (3), Badini (4), Bernacchi (5), Bordoni-Uffreduzzi (6), Pazzi (7), Rindone (8). Tovo (9).

Nella letteratura scientifica italiana, limitandoci a segnalare le manifestazioni più importanti, troviamo già prima della promulgazione della legge del 1898 le memorie del *Bernacchi* al Congresso internazionale di Bruxelles (1897) « Des mesures legislatives et techniques à prendre pour attenuer les suites des accidents du travail e pour hâter la guerison des blessés », in cui sostiene l'utilità di un trattamento immediato completo della lesione dovuta all'infortunio ; che l'assistenza medica, cominciando dalle prime cure, giunga fino alla loro guarigione funzionale, e che a quest'assistenza l'Istituto incaricato di applicare la legge (Stato o Sindacato professionale) abbia il diritto di interessarsi. La memoria del Bernacchi è ricca di riferimenti alle legislazioni straniere e di particolari tecnici sull'organizzazione dei soccorsi.

A questi concetti sono ispirati anche gli articoli del Bernacchi che sono apparsi nella « Rivista Infortuni » (10), e la sua

---

(1) « Organizzazione dei servizi sanitari nel Sindacato obbligatorio Siciliano di mutua assicurazione per gl'infortuni del lavoro nelle miniere di zolfo ». Vi furono pure altre relazioni di Düms, Kooperberg, Schutzenberger, Thebault, Vulpius.

(2) « Organizzazione del servizio medico-chirurgico per la cura e la sorveglianza delle conseguenze degli infortuni sul lavoro ».

(3) « Concetti sul servizio medico-chirurgico per la cura e la sorglianza delle conseguenze degli infortuni del lavoro ».

(4) « Organizzazione della « Vigile ».

(5) « Organizzazione del servizio medico-chirurgico per le cure e sorveglianza degl'infortuni del lavoro ».

(6) « L'organizzazione del servizio medico-chirurgico nell'assicurazione contro gl'infortuni del lavoro ».

(7) « Il contributo che deve aspettarsi dalle scuole samaritane la organizzazione del servizio medico-chirurgico per la cura e la sorveglianza delle conseguenze degli infortuni sul lavoro ».

(8) « Come dovrebbe essere organizzato il servizio medico-chirurgico nelle miniere della Sicilia.

(9) « Sull'organizzazione del servizio sanitario in tema di infortuni sul lavoro.

(10) Il medico e la medicina nella Legge per gl'infortuni del lavoro (1899). L'organizzazione dei soccorsi d'urgenza secondo la legge per gl'infortuni del lavoro (1899). Della parte che spetta agli agenti fisici nella diagnosi e nelle cure degl'infortuni sul lavoro (1907).

relazione al Congresso Internazionale per gli infortuni di Roma (1909).

Della necessità di cure complete e specialmente di un trattamento spedaliero a carico dell'Istituto assicuratore si è intrattenuto il *Biondi* in due articoli apparsi sulla « Rivista infortuni » (1); mentre sopra la questione più particolare dello scarico delle spese per l'assistenza ospedaliera si sono soffermati il *Faraggiana* (2) ed il *Mori* (3); su quella delle cure meccanoterapiche il *Colombo* (4), e sull'obbligo del datore di lavoro di sostenere le spese per le cure complete il *Cassisa* (5) con nota concorde del Borri.

La questione delle prime cure fu anche trattata dal *Domenichini* in una comunicazione al V Congresso dei medici ospedalieri. (6)

A questi studi speciali, ai quali possono aggiungersi note e commenti vari, rilevabili dalle raccolte di giornali che si occupano di infortunistica (7), fanno riscontro le considerazioni che si possono leggere, sull'importanza delle cure e questioni annesse, nei

---

(1) Diritti e doveri delle amministrazioni ospedaliere in rapporto alla legge sugli infortuni del lavoro (1899) – L'assistenza immediata e le cure consecutive dei colpiti da infortunio del lavoro (1902).

(2) Gli Istituti Sanitari ospedalieri e il disposto dell' art. 9 ultimo capoverso – Legge infortuni – Torino – Lattes – 1907.

(3) A chi spetta il pagamento della degenza ospedaliera degli operai infortunati? – Rivista critica in materia d'infortuni sul lavoro – 1913 – n. 11 e 12.

(4) Necessità di una speciale assistenza sanitaria per gli operai colpiti da infortunio sul lavoro – Rivista infortuni 1905.

(5) Onorari del medico in rapporto alla legge sugl'infortuni – Rivista infortuni 1900.

(6) Vedi *Rivista critica in materia di infortuni sul lavoro*. 1913 n. 8.

(7) *Rivista di diritto e giurisprudenza, patologia speciale e medicina forense sugli infortuni del lavoro e sulle disgrazie accidentali.* = *Rivista critica in materia d'infortuni sul lavoro, assicurazioni e risarcimenti di danni* = *Ramazzini* = *Giornale di medicina ferroviaria* = *Rivista di medicina legale* = *Medicina degli infortuni* = *Quaderni di Medicina legale* = « *Gl'infortuni del lavoro* » e « *Contratto del lavoro* » (Periodici giuridici) – *Annali del Credito e della Previdenza* = *Bollettino dell'ufficio del Lavoro* (per raccolta di massime di giurisprudenza, notizie, ecc.); oltre poi i giornali che raccolgono la giurisprudenza in materia civile-penale, commerciale, amministrativa. Tra le pubblicazioni più utili a consultarsi è quella del Rameri – Gl' infortuni sul lavoro e la giurisprudenza. Estratto dalla « *Rassegna della Previdenza sociale* » 1921.

testi di trattazione medico-legale, od anche solo giuridica, degli infortuni.

Cito fra questi ultimi, *Agnelli* (1), *Cocito* (2), *Ramella* (3), fra i primi quelli del *Raffaele* (4), *Ciampolini* (5) e soprattutto quelli del *Borri* (6). In questi trattati è essenzialmente prospettata o discussa l'obbligatorietà della cura da parte dell'operaio nel suo aspetto più delicato che è quello dell'operazioni chirurgiche.

Così il *Borri* per riferirsi solo al maggiore fra i nostri autori ha nel suo classico trattato sugl' « Infortuni del lavoro » dedicato molte pagine (paragrafo 4 del Capitolo V) a questa questione, con larghi riferimenti della giurisprudenza tedesca alla quale in massima si accosta, ma arrivando a conclusioni già temperate di qualche riserva in riguardo al diritto dell'operaio di sottrarsi a quest'obbligo. Le riserve sono andate nell'evoluzione del suo pensiero man mano amplificandosi e rafforzandosi (7) ed hanno avuto ora la loro ultima espressione in quel capitolo del suo recentissimo trattato di Medicina legale che ha per titolo « Sul valore giudiziario degli intendimenti curativi rispetto alle configurazioni medico-giuridiche della lesività », in cui si afferma, persuasivamente e coraggiosamente, che uno spirito dominatore ispirato ad interessi superiori deve alitare nella sistemazione equilibrativa e, meglio che si può, livellatrice, di diritti e di impegni, di mezzi e di rivalse (pag. 285 e seg.).

Accanto a queste trattazioni dell'opere maggiori d'infortunistica (8), l'obbligatorietà delle cure da parte dell'operaio ha formato il soggetto di pubblicazioni uscite in giornali e riviste

---

(1) *Commento alla legge sugl'infortuni del lavoro* – Milano 1905.

(2) *Commento alla legge sugl'infortuni del lavoro* – Torino 1907.

(3) RAMELLA – *Trattato delle assicurazioni* – Milano 1921.

(4) *Il medico ed il giudice nelle leggi sugl'infortuni del lavoro* – (Napoli 1901).

(5) *La traumatologia del lavoro in rapporto con la legge* – Prato 1920.

(6) Le « *lesioni traumatiche* » (1899) – *Gl'infortnni del lavoro sotto il rispetto medico-legale* (1910) – *Infortunistica medico-legale* (1913) – *Trattato di medicina legale* (1922).

(7) Vedi articoli sul « RAMAZZINI » (1908-10-12) e conferenze agli Istituti clinici delle malattie del lavoro in Milano.

(8) Anche in alcuni trattati di Medicina legale, nei capitoli riguardanti gl'infortuni, la questione è accennata – Vedi ad es: quelli del PERRANDO e dell'HOFFMANN – FERRAI.

scientifiche : ricordo fra altre quelle del *Borri*, *Serafini*, *Benassi* (1) che sostenevano il diritto dell'operaio di sottrarsi ad ogni operazione chirurgica ; del *Domenichini* (2) di *Caretto* e *Suino* (3), pure accostantisi alla tesi del rispetto assoluto dei diritti individuali. (4)

La questione fu anche oggetto di dibattito nelle sedute del Collegio di Consulenza Medica Centrale (ricordo fra i membri il Borri, il Devoto, il Bernacchi, il Pieraccini, l'Ottolenghi, ecc.) del Comitato esecutivo, e del Consiglio Superiore della *Cassa Nazionale Infortuni*, e le discussioni concludevano in un progetto di legge che, illustrato da una chiara relazione del Prof. Carnelutti, portava l' obbligo di prestare all' infortunato l'assistenza medico-chirurgica ortopedica e farmaceutica sino al ricupero del massimo possibile di capacità del lavoro (art. 11) e l'obbligo da parte dell' operaio di sottostare alle pratiche di assistenza sanitaria ritenute « necessarie e non pericolose ». (5)

Anche il primo *Congresso di infortunistica oculare*, Roma, ottobre 1920, trattò a proposito del 2° Tema « Cure consecutive della lesione», dell'opportunità delle cure da parte di specialisti, con una vivace discussione a cui presero parte numerosi congressisti, ed in cui il relatore propose la formazione di un elenco delle cure ritenute assolutamente obbligatorie, comprendendovi almeno tutti gli interventi urgenti. Il Congresso si dichiarò favorevole a questa obbligatorietà da parte dell'infortunato, ed approvò la sua

---

(1) *Rivista infortuni* 1899 - 1900.

(2) *Riforma medica* 1907. *Rivista critica infortuni* 1915.

(3) *Rivista infortuni* 1905.

(4) In memorie non direttamente vertenti su questo argomento ma trattanti questioni affini, si possono trovare accenni all'obbligatorietà delle cure per parte dell'operaio (vedi per es : Ciampolini e Prosperi. Il giudizio di revisione a distanza dello stato post-lesivo degli arti con particolare riguardo alle funzioni operaie e all'adattamento Firenze – Nicolai 1914 – Peri – Sulle più urgenti modificazioni da apportarsi alla vigente legge sugl'infortuni del lavoro – Il Cesalpino – Agosto 1913), come se ne trovano nei commenti (raccolte di giurisprudenza), intorno alle scarse sentenze pubblicate in Italia su questo tema, e sulle quali avremo occasione di ritornare nel capitolo del rifiuto delle cure.

(5) Vedi pubblicazioni della Cassa Nazionale : Per la Riforma della Legge sugl'infortuni – Roma 1915 – e Progetto di Legge per l'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni sul lavoro nelle industrie (Roma 1919).

formulazione nella dizione fissata dal progetto della Cassa Nazionale che è stato riferita poco più sopra. (1)

La questione dell'obbligatorietà delle cure, fu pure oggetto di una discussione nelle varie *Sezioni della Federazione Italiana fra medici Infortunistici e studiosi delle assicurazioni sociali.* Il tema diramato dalla presidenza della Federazione, insieme ad altri punti di riforma della legge, chiedeva se si dovesse stabilire l'obbligatorietà delle cure, e se questa doveva essere unilaterale o bilaterale. Il parere della maggioranza dei soci si espresse in favore dell'obbligatorietà bilaterale, contenuta per l'operaio in certi limiti. (2)

Infine il *Primo Congresso nazionale dei medici infortunistici* e degli studiosi di assicurazioni sociali, tenutosi a Torino nel gennaio di quest'anno, discuteva vivacemente della questione a proposito della relazione Borri sulla « Riforma della legge Infortuni » e votava il seguente ordine del giorno : il Congresso afferma che è obbligo del datore di lavoro non solo di provvedere alle prime immediate cure, ma di provvedere a tutte le cure necessarie all'operaio per la sua restaurazione funzionale, e che corrispondentemente è obbligo dell'operaio di sottostarvi. (3)

L'interesse destato dalla discussione, e la vivacità dei pareri che si espressero, favorevolmente o sfavorevolmente, all'obbligatorietà, diedero nuovo impulso alla questione che fu creduta dal Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale meritevole di essere posta come tema di concorso.

Nel campo sindacale la questione delle cure ha generalmente brillato per la sua assenza ; i punti di discussione delle leggi sugl'infortuni furono quasi sempre quelli relativi agl'indennizzi, ed alla procedura per le controversie. Nel *campo industriale* vi fu una petizione del Circolo Industriale, Agricolo e Commerciale di Milano

---

(1) Vedi Resoconti del Congresso Nazionale ecc. presso Cassa Nazionale Infortuni.

(2) Vedi Annata 1921 delle « *Lotte sanitarie* » – Torino – dove sono pubblicate le relazioni delle assemblee sezionali.

(3) Vedi Atti del Congresso – Casale – Unione Tipografica popolare 1922 pag. 36 e seguenti) – È sintomatico che quasi contemporaneamente in *Spagna* a Saragozza veniva tenuto il « *primo congresso nazionale su gl'infortuni del lavoro* » e che anche in questo Congresso veniva discussa la questione dell'obbligatorietà delle cure. L'*Informations quotidiennes*

(ricordata nella relazione Lampertico) al Senato nel 1896 (discutendosi il progetto di legge che diede poi luogo alla legge del 1898) contro l'introduzione del carico delle prime spese di assistenza medica e farmaceutica all'imprenditore perchè essa « faceva deviare la legge dalle vie che si era proposte ». Dopo si ebbero accenni sporadici ad una richiesta di obbligatorietà di cure da parte dell'operaio (Vedi ad es. Congresso degl'Industriali d'Italia per la riforma della legge sugl'infortuni del lavoro, Roma marzo 1908; Lega Industriale di Torino - settembre 1908; Confederazione Generale dell'Industria - maggio 1910 e febbraio 1915) ma senza che si traducessero, negli ordini del giorno votati, in formali richieste.

Nel *campo operaio* non fu mai, e si comprende, sollevata la questione dell'obbligo dell'operaio di sottostare alle cure. Solo nel Convegno di rappresentanti di organizzazioni operaie per la riforma della Legge sugli infortuni sul lavoro (Milano, aprile 1908) discutendosi dell'art. 22 del progetto Cocco-Ortu (1) si espresse il voto che « nel caso di cui all'art. 22 del progetto Ministeriale oltre al parere del medico dell'Istituto assicuratore, sia in facoltà dell'operaio di richiedere il consenso e la presenza del suo medico di fiducia prima di procedere a cura sulla sua persona. In difetto d'accordo fra i due medici essi ne nomineranno un terzo che deciderà sulla necessità o meno della cura ». Ma anche la questione dell'obbligo delle cure verso l'operaio è stato sempre negletta; e fra i convegni sindacali importanti solo il 5° Congresso Nazionale Tessile (Prato 1913) espresse il voto che le spese di cura fossero a completo carico degli Istituti assicuratori, con diritto da parte dell'infortunato di farsi assistere da un medico di sua fiducia.

D'allora la questione non ritornò alla ribalta che recentemente al « Congresso Nazionale dei Rappresentanti delle organizzazioni federali e camerali e dei delegati delle Istituzioni di assistenza, Milano, marzo 1922 (2) », nel quale è stato approvato un ordine del giorno Scaletta che richiede al n. 4: « In ogni caso di

---

(Anno 1922 – Vol. I n. 5) da cui togliamo la notizia, riferisce le conclusioni con queste parole : l'Obligation de se soumettre à une operation chirurgiche à été l'objet d'une longue discussion – Dan le cas d'un disaccord entre les experts, le cas sera soumis à l'éxamen d'un Tribunal spécial composé de médecins ».

(1) Vedi prima parte di questa appendice.

(2) Vedi *Battaglie Sindacali*, 30 marzo 1922.

infortunio o malattia professionale, l'operaio avrà il diritto non solo all'indennità ma anche all'assistenza medico-chirurgica, ortopedica o farmaceutica sino al massimo ricupero possibile della capacità al lavoro (1).

---

(1) Per chi avesse vaghezza di notizie su quanto si è scritto e discusso nel campo scientifico e sindacale in altre nazioni, oltre ai testi già citati ed ai resoconti dei Congressi Internazionali già ricordati, consigliamo di consultare i trattati di medicina infortunistica del KAUFMANN; GUMPRECHT – PFARRIUS; THIEM; GOLEBIEWSKI; REICHARDT (tedeschi) OLLIVE et le MEIGNEN, VIBERT, BROUARDEL (francesi); ZACHER (Die Arbeiter-Versicherung im Auslande – Berlino) BELLOM (Assurance contre les accidents – Paris) SACHET (Traité de la legisl. sur les accidents de travail – Paris) – CHARMONT (Lois d'assurances Sociales et ouvrieres allemandes – Paris) ROQUES (La medicine des accidents et les hopitaux des corporations industrielles en Allemagne – Paris) POMETTA (Medicine des accidents (Neuchatel) ecc. E fra i giornali o riviste: le raccolte della Monatscrift für Unfallkeilkunde; Zeitschrift für Medizinal – beamte; Aerztliche-Sachverständige Zeitung; Revue Suisse des accidents du travail: Annales d'higiène publique et medécine legale; Soziale Praxis und Archiv. für Wolkswohlfahrt; Bullettin des assurances sociales; Bulletin de legislation internationale; Die Arbeiter-Versorgung; Revue de Travail (belga) Bulletin de l'office du travail (Parigi); Reichs-Arbeitblatt; Labour Gazette (Londra); Boletin del Instituto de Reformas sociales (Madrid); Monatsblätter für Arbeiterversicherung (Berlin); Museé sociale (Paris); Zeitschrift für sozialen Wissenschaft (Lipsia); Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft (Berlin); New-York Labour-Bulletin (Albany) ecc. ecc. Notizie bibiografiche al riguardo possono essere anche desunte da pubblicazioni italiane (trattati, memorie scientifiche, raccolte dei giornali: Rivista Infortuni, La cooperazione, RAMAZZINI, Rassegna di Previdenza sociale, Medicina degli Infortuni, Organizzazione Industriale, Battaglie Sindacali, ecc.: e sopratutto dalle pubblicazioni delll'Ufficio del Lavoro, della Direzione del Credito e Previdenza, del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale.

CAPITOLO II.

Legislazioni straniere.

Non sarà privo di interesse e di utilità per la trattazione del nostro argomento, uno sguardo alle disposizioni che le leggi dei paesi stranieri contengono, relative agli obblighi di cura rispettivamente del datore di lavoro od Istituto assicuratore e dell'operaio.

Questa rassegna di legislazione comparata vuole limitarsi a ricordare in succinto e nelle parti essenziali, le norme che vigono in altri paesi ; sia che essi abbiano affrontato questo problema, sia che l'abbiano sfiorato od anche trascurato. Sarà così possibile attraverso a questi rapidi cenni (rapidi anche perchè il riportare per esteso tutto il testo letterale delle disposizioni legislative avrebbe richiesto troppo, e non sempre necessario, spazio) di aver un quadro generale di tutta la legislazione infortunistica dei principali o più evoluti Stati Europei (qualche piccolo Stato europeo venne omesso) e di qualche Stato extra europeo in relazione al tema che ci occupa.

La trattazione viene fatta secondo l'ordine alfabetico dei diversi Stati.

Australia (Occidentale).

La legge : « Compensation act. » del 1902, non fissa obbligo di cure da parte del datore di lavoro. L'operaio è solo obbligato « a richiesta dell'imprenditore o di altra persona tenuta a risarcire l'imprenditore in virtù della presente legge, a sottoporsi ad intervalli all'esame di un medico competente designato e pagato dall'imprenditore o dalla persona predetta ». Tuttavia se l'operaio rifiuta questo medico o contesta l'esattezza del suo certificato, potrà farsi visitare dal medico designato dal governatore.

Art. 6. Se l'operaio rifiuta di sottoporsi a una tale visita, e vi pone ostacolo in qualsiasi guida, i diritti che gli conferisce la presente legge, concernenti l'infortunio per il quale la visita ha avuto luogo, saranno sospesi fino a che sarà fatto l'esame, e cesseranno definitivamente, se egli non si sottoporrà alla visita entro un mese al più tardi dopo che glie ne sarà fatta intimazione.

Australia del Sud.

(The Workmen's Compensation act. 1900).

Non vi è obbligo di cure da parte del datore di lavoro salvo il rimborso delle spese mediche in caso di morte (Art. 1 allegato 1). L'operaio, se l'imprenditore lo esige, dovrà lasciarsi visitare da un medico debitamente qualificato a questo scopo, indicato e pagato dall'imprenditore ; e se rifiuta di sottoporsi a questa visita, o vi opporrà qualche ostacolo, il suo diritto all'indennità e ad ogni procedura concernente l'indennità, conformemente alle disposizioni della presente legge, sarà sospeso fino a che abbia luogo la visita medica sopra prescritta (art. 3 alleg. 1).

L'art. 8 conferisce il diritto all'imprenditore di far visitare anche l'infortunato di quando in quando secondo la formula dell'art. 5, Allegato 3, della legge per l'Australia occidentale sopra riferito.

Austria.

In Austria, secondo la legge fondamentale del 1887 (Gesetz von 28 Dezember 1887 betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter) le cure degli infortunati sono a carico dell' assicurazione contro le malattie per venti settimane ed anche oltre in speciali casi) ; l'Istituto assicuratore (Versicherungsanstalt) non ha che l'obbligo dopo la quarta settimana di pagare l'indennizzo dovuto (art. 6).

L'Istituto può subito, per gl'infortuni denunziati con prognosi di pericolo di vita o durata superiore alle quattro settimane, far procedere, a sue spese, a visita di controllo, come vi può procedere quando dopo la quarta settimana, qualunque fosse il tempo prognosticato, l'infortunato non è guarito (art. 31, 32, 33).

L'Istituto assicuratore non può imporre nessun procedimento curativo nè prima nè dopo le quattro settimane ; per la

cura l'infortunato dipende sempre dalla Cassa-Malati (in certi limiti di tempo, venti o più settimane).

L'unico legame, se così si può chiamare, riguardante la cura, è costituito dalla sovraintendenza che ha l'Istituto assicuratore sopra le Federazioni obbligatorie delle Case distrettuali (art. 39 della Legge Assicurazione contro le malattie).

Contro questa sistemazione furono sempre numerose le proteste di congressi specialmente di industriali, (1) e le proposte di progetti di riforma studiati da Commissioni parlamentari.

Così ad es. : nel 1904 un progetto di legge per la « Riforma delle assicurazioni degli operai », che contemplava contemporaneamente l'assicurazione malattie, quella infortuni, e quella per invalidità e vecchiaia, coll'art. 93, come dava diritto all' « Invalidenversicherungsanstalt » di sottoporre a cure l'invalido e di farlo ricoverare in ospedali, così pure concedeva facoltà per gl'infortuni al « Versicherungsanstalt » di assicurargli le cure in qualunque periodo della malattia derivante dall'infortunio, di sostituire dopo la chiusura del procedimento curativo la rendita con un ricovero in luogo di cura (col consenso dell' infortunato). Questi provvedimenti venivano presi anche senza il suo consenso se egli ostacolava deliberatamente la guarigione.

Ma fu solo con la legge 899 del 12 agosto 1919 che si introdussero importanti innovazioni. Con questa si è riconosciuto il diritto dell'infortunato ad avere dall'Istituto delle assicurazioni gli apparecchi di protesi e gli apparati terapeutici. E si è concessa facoltà all'Istituto assicuratore di fornire la completa assistenza medica e farmaceutica dell'infortunato fino al ricupero del massimo possibile della sua capacità lavorativa in luogo e vece della Cassa-Malati, accettandosi per l'Istituto tutti gli obblighi che spetterebbero alla Cassa stessa. Ed in luogo del pagamento della rendita, l'« Istituto » può, col consenso dell'infortunato, ricorrere al ricovero in ospedale od Istituto di cura, ove occorresse una speciale cura ortopedica, e senza bisogno del suo consenso se l'infortunato deliberatamente ostacola o ritarda la guarigione.

In caso di rifiuto ad assoggettarsi alle misure ordinate dall'Istituto assicuratore, questi può sospendere il pagamento totale o parziale della rendita. E ciò pure se l'infortunato rifiuta di en-

(1) Vedi per notizie – Zacher – Die Arbeiter Versicherung in Aulslande Heft F. Die Arbeiter-versicherung in Osterreich pag. 40 e seg.

trare in osservazione in un ospedale, quando per giudicare della legittimità di una richiesta di rendita, l'Istituto assicuratore lo giudichi necessario. (1)

In questi ultimi anni poi, al di fuori di ogni intervento legislativo, si sono costituiti dei consorzi fra gli Istituti territoriali e gli altri organi dell'assicurazione sociale operanti nella loro circoscrizione per provvedere a certe necessità, come ad es. le cure dell'infortunato nelle prime settimane. (2)

BELGIO.

L'assurance-accidents, Loi du 24 decembre 1903 prescrive:

Art. 5. Le chef d'entreprise est tenu, conformément aux dispositions ci-après, des frais médicaux et pharmaceutiques causés par l'accident et faits pendant les six premier mois.

Si le chef d'entrèprise a institué, à sa charge exclusive, un service médical et pharmaceutique et en a fait mention dans une clause spéciale du règlement d'atelier, la victime n'à pas le choix du médicin et du pharmacien ; il en est de même lorsque, à défaut de règlement d'atelier, les parties sont par une stipulation spéciale du contrat de travail, convenues que le service est institué per le chef d'entrèprise.

Dans les autres cas, la victime a le choix du médicin et du pharmacien ; mais le chef d'entrèprise n'est tenu qu'à concurrence de la somme fixée à forfait par un tarif établi par arrèté royal. (3)

---

(1) Sono in complesso le disposizioni che erano contemplate all'art. 209 del Progetto di Legge per l'assicurazione sociale che fu presentato al Parlamento austriaco nel 1911, ma che le vicende parlamentari impedirono diventasse legge prima della caduta dell'Impero. Il Progetto è riportato nell'Annata 1920 ». « della Rassegna di Previdenza sociale ». Vedi ancora su questo argomento : POZZILLI – A proposito della riforma delle assicurazioni sociali – Osservazioni e note comparate sulla legislazione sociale austriaca e la legislazione infortunistica italiana in « Rassegna della Previdenza sociale n. 1 – 1921.

(2) CLERICI – *Riforme e proposte di riforma nella legislazione tedesca* – in Rassegna della previdenza sociale n. 4-1922 pag. 3.

(3) Il Ministro del lavoro giustificava davanti alla Camera l'articolo con queste parole : « Essi (i datori di lavoro) sono meglio in grado che non gli operai di raggiungere tutti i successi sotto le più favorevoli condizioni ; inoltre il particolare interesse del datore di lavoro offre una com-

Les indennités pour frais médicaux et pharmaceutiques pourront être payées à ceux qui en ont pris charge. Les personnes à qui ces frais sont dus ont une action directe contre les chef d'entreprise ».

Ma dopo aver caricato le spese della cura al datore di lavoro, la legge non gli riconobbe il diritto di fissare il trattamento curativo e di trasportare l'infortunato in un ospedale.

E fu anche non approvata una disposizione (n. 4 dell'art. 3 del progetto originale) che diceva : « Dopo la denunzia dell'infortunato e finchè vi è possibilità di revisione, compete al capo dell'impresa il diritto di far visitare a sue spese l'infortunato con un medico di propria scelta », con facoltà di ricorso al giudice di pace se l'infortunato si rifiutava od ostacolava questa misura, e con sospensione dell'indennizzo se l'infortunato non si sottometteva al giudizio di quello. Però il diritto pel datore di lavoro ad un controllo è stato mantenuto in pratica, in necessaria e logica dipendenza del suo obbligo di versare l'indennizzo.

Canadà.

Nel Canadà, dove vi sono leggi provinciali per l'assicurazione contro gl'infortuni, queste contemplano solo misure di indennizzo, in denaro, variabile secondo i casi. (1)

Danimarca.

La legge per l'assicurazione contro gl'infortuni in certi mestieri (Lov om Arbeiders Forsikring mod Folger uf Ulykkestilfaelde i visse Virksomkeder) del 7 gennaio 1898 sulla quale venne poi anche modellata quella posteriore perl'assicurazione degl'infortuni dei pescatori (3 aprile 1900), non contiene prescrizioni particolari per la cura degl'infortunati, che viene lasciata alle Casse-Malattie. (2) L'assicurazione infortuni interviene con sussidi o

---

pleta sicurezza per un'efficace indirizzo del procedimento curativo. Essi hanno un immediato interesse che il ferito guarisca il più bene e rapidamente che sia possibile per diminuire il carico degl'indennizzi ».

(1) Vedi « Leggi sugli infortuni sul lavoro nelle provincie centrali del Canadà » in *Bollettino* della Cassa Nazionale Infortuni, n. 2 - 1915.

(2) Per « la Lov om anerkendte Sygekasser (Legge sopra le riconosciute Casse-Malattia) sono accordate all'assicurato cure gratuite me-

rendite dopo la 13ª settimana. Ha però un articolo, il 10, che contiene una disposizione interessante a segnalarsi. Dice l'articolo: « se un infortunato secondo questa legge vuole affacciare un diritto al risarcimento (1) deve subito dopo l'infortunio farsi visitare da un medico ed in seguito intraprendere la cura consigliata.

Se egli tralascia di far questo, e danneggia il procedimento curativo col non seguire le prescrizioni mediche, perde o in tutto od in parte, secondo le circostanze, il diritto al risarcimento ». (2) Il datore di lavoro o chi ha l'obbligo secondo questa legge del risarcimento, ha il diritto di sottoporre il ferito a visite di controllo da parte di un medico di sua fiducia.

Anche la legge Danese del 27 maggio 1908, sull' « assicurazione contro gl'infortuni nell'agricoltura e nell'industria forestale » contiene disposizioni analoghe. (3)

EQUATORE.

Nella legge 30 settembre 1921 relativa agl'infortuni del lavoro, è detto all'art. 5 che il « patrono » (o la Società dell'assicu-

---

diche ed in ospedale (art. 17) oltre ai sussidi di malattia. Per l'art. 20 n. 6-7) la corresponsione del sussidio cessa quando l'assicurato si rifiuta di andare in un ospedale e di sottoporsi ad un trattamento curativo consigliabile per la malattia: e si paga lui le spese, se ha voluto sottoporsi a visite che il medico ha ritenuto non necessarie:

(1) Colla più recente legge 28 giugno 1920 sull'assicurazione contro gl'infortuni si è inoltre prescritto (art. 23) che se il Consiglio delle assicurazioni operaie (organismo di nuova creazione costituito da tecnici e da rappresentanti dei datori di lavoro e degli assicurati) « ritiene necessario per assicurare la migliore guarigione possibile un trattamento medico speciale che non rientri fra le prestazioni della Cassa-Malattie, le spese di questo trattamento sono a carico dell'imprenditore (o della Società d'assicurazione). Essi poi sono tenuti a fornire i bendaggi, i membri artificiali, gli occhiali ed altri mezzi terapeutici simili che il Consiglio giudica necessari allo scopo di assicurare il successo del trattamento medico, di diminuire le conseguenze dell'infortunio o di determinare più esattamente il grado d'invalidità.

(2) Colla legge 28 giugno 1920 si prescrive inoltre all'art. 48: « Nello stesso modo decadono dai loro diritti i sopravviventi quando si oppongono all'autopsia richiesta dal Consiglio » il quale ha diritto di richiedere a tutte le parti, medici, ospedali ecc. le informazioni utili concernenti l'infortunio e può esigere che il ferito si sottometta ad un esame medico (art. 47).

(3) Per la cura degl'infortunati si prestano però le « Casse sovvenzionate per l'assicurazione contro le malattie » che assicurano ai soci le

razione) « sopporterà le spese mediche e farmaceutiche della cura dell'operaio fino a che costui sia in grado di riprendere il suo lavoro o che dopo perizia medica sia dichiarato compreso nei casi di incapacità permanente totale o parziale. Il « patrono » ha diritto di designare il medico incaricato di curare l'operaio ».

FINLANDIA.

La legge per la « responsabilità del datore di lavoro per i danni al corpo che colpiscono l'operaio » del 5 dicembre 1895 non contiene alcuna disposizione circa la prestazione di cure: si limita all'indennizzo (art. 8).

Però all'articolo 14 vi è questa disposizione che riproduco integralmente: « Un operaio danneggiato è obbligato fino a che egli non sia guarito, invece dell'indennizzo di cui all'art. 8, di accettare il ricovero in un ospedale ». Non si fa menzione delle sanzioni che possono essere prese in caso di rifiuto. (1)

FRANCIA.

La « Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail » del 4 aprile 1898 modificata con legge 22 marzo 1902 e 31 marzo 1905, dispone all'art. 4 che il capo dell' impresa sopporti le spese mediche e farmaceutiche. Per queste, quando la vittima ha scelto essa stessa il suo medico, il capo dell'impresa non resta obbligato che fino alla concorrenza della somma fissata dal giudice di pace, conformemente alle tariffe adottate in ogni dipartimento per l'assistenza medica gratuita. Colla modificazione del 1905 le tariffe sono stabilite dal Ministero del commercio su avviso di una commissione in cui sono rappresentati medici, industriali, operai e società di assicurazione.

Per l'art. 5 della stessa legge il capo dell' impresa può essere

---

cure mediche ed i medicinali. È in discussione attualmente (Vedi « *Informations seciales* » dell'Ufficio Internazionale del lavoro, maggio 1922) un progetto di legge per l'assicurazione obbligatoria contra le malattie, secondo il quale fra le prestazioni a favore dell'assicurato vi sono cure mediche gratuite, e rimborso dei due terzi della spesa sostenuta per medicinali, acquisto di membra artificiali, cinti erniari, ecc.

(1) Vedi – Recueil de documents sur les accidents du travail rèunis par le Ministère du Commerce n. 1 aprile 1902.

esonerato da queste spese durante i trenta, sessanta ed ottanta prìmi giorni a partire dall'infortunio, se ha affiliato i suoi operai a società di mutuo soccorso, e se queste società assicurano ai loro membri in caso di ferite, durante trenta, sessanta od ottanta giorni le cure mediche o farmaceutiche (Gli impresari di miniere possono far capo alle speciali Casse di soccorso instituite con la speciale legge del 1894, art. 6).

In seguito però a contestazioni insorte circa il carico delle spese ospedaliere, il Ministro degli Interni, in accordo con quello del Commercio emanava una circolare in data 10 agosto 1901 nella quale in esecuzione a decisione giudiziarie (regolate dall'articolo 15 della legge) stabiliva che tutte le spese ospedaliere erano a carico dell'imprenditore ma che esse erano limitate alle tariffe segnate per il ricovero dei poveri ; e l'art. 4 della legge modificata nel 1905 fissava definitivamente questo obbligo disponendo solo per un limite massimo di tariffe.

La legge non contiene nessuna disposizione che dia diritto al capo dell'impresa od all'Istituto assicuratore di sottoporre l'operaio ad un trattamento curativo : concede solo ad essi facoltà di sottoporre l'infortunato a visite di controllo con sospensione (dipendente dal giudice di pace) dell' indennità giornaliera qualora egli vi si rifiuti.

Anzi nel completamento (colla legge del 25 ottobre 1919) riguardante l'estensione dell'assicurazione alle malattie d'origine professionale l'art. 11 prescrive : « sera puni d'une amende de 100-500 Frs. et d'un émprisonnement de trois jours à trois mois quiconque, par menaces, don, promesse d'argent, ristournes sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des accidentés du travail, à des syndacats ou associations, à des chefs d'entreprises, à des assureurs, ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer des victimes d'accidents du travail ou des maladies professionelles dans une cliniques ou cabinet médical, ou officine de pharmacie, et aura ainsi porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médicin ou son pharmacien. (1)

---

(1) Con legge 15 dicembre 1922 la Francia ha provveduto anche agl' infortuni agricoli — Le disposizioni per le cure ripetono quelle esistenti nell'assicurazione contro gl'infortuni industriali.

Sulla legge francese del 1898 sono modellate la legge 11 ottobre

Germania.

Sarà opportuno riferire un pò minuziosamente le disposizioni legislative di questa Nazione perchè sono le più diffuse in materia, e perchè la Germania ha dato il primo e massimo contributo, fra tutte le nazioni, alla legislazione delle assicurazioni, e da essa hanno tratto principi informatori parecchie legislazioni di altri paesi.

La legge speciale (Haftphlichgesetz del giugno 1871) che ha preceduto quella dell'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni, in quanto considerava già gli indennizzi da corrispondersi in seguito a morte o lesioni personali riportate nell'esercizio delle ferrovie, miniere ecc., non aveva disposizioni relative all'obbligo delle cure. Però nella sua applicazione ha dato luogo ad alcuni giudicati che imponevano delle prescrizioni in questa materia. (1)

La legge per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del lavoro che fu promulgata nel luglio 1884 introdusse invece disposizioni particolari circa l'obbligatorietà delle cure, che furono mantenute anche nelle modificazioni successive apportate alla legge.

Il testo attualmente in vigore del « Reichsversicherungsordnung » nel suo terzo libro che concerne « l'Unfallversicherung » dispone all'art. 558 che all'infortunato spetta (2) il trattamento

---

1915 « sulla responsabilità per gl'infortuni del lavoro » della *Repubblica Argentina*, e quella del 1914 della *Grecia*.

(1) Un giudicato del 30 gennaio 1891 (Vedi Kries - Ueber Operationen mit Bezug auf die Unfallversicherungs-gesetzgebung - Aerztliche Sachverstandige Zeitung - Anno 1896) stabiliva che « l'individuo leso sarebbe obbligato a far eseguire sopra di sè un'operazione creduta necessaria, qualora questa in rapporto alle cognizioni mediche si potesse ritenere assolutamente innocua, ed ammesso un normale andamento delle cose, potesse dare, nel caso particolare, affidamento di un buon successo. Si deve ritenere potersi considerare come innocua un'operazione chirurgica, qualora il pericolo che essa presenta non sia tale da dissuadere un uomo di senno dal tentare di esporvisi per riacquistare la propria salute ». Altri giudicati posteriori seguono le stesse considerazioni.

(2) dal principio della 14ª settimana: prima di questo tempo (nel cosidetto Karenzeit o Wartezeit) la cura è di spettanza dell' assicurazione contro le malattie, salvo casi ed eccezioni particolari.

curativo (Krakenbehandlung, il quale abbraccia le prestazioni mediche, le medicine ed altri mezzi di cura ivi compresi quei mezzi di aiuto (Hilfsmittels) i quali sono consigliabili per assicurare il successo del procedimento curativo (Heilverfähren) o rendere meno rilevanti le conseguenze della lesione.

Queste prestazioni sono obbligatorie anche nelle prime tredici settimane, ma a carico dell'imprenditore o datore di lavoro, quando l'infortunato non sia assicurato contro le malattie (art. 557-558); ad esso però può sostituirsi l'Istituto d'assicurazione (che è costituito dalla Berufgenossenschaft–Corporazione industriale), il quale (art. 579) può invece delle cure mediche a domicilio richiedere che l'infortunato sia ricoverato in ospedale (art. 600) secondo le disposizioni che vigono per l'assicurazione contro le malattie. (Vedi disposizioni analoghe nell'art. 1086 terza parte riguardante l'assicurazione dei marinai).

Ma la legge è andata su questo terreno, della facoltà delle cure, ancora più avanti, cogli art. 580 e 597 che trascrivo nella loro parte essenziale. L'art. 580 dice : « È da temersi che nell'infortunato rimanga un danno indennizzabile in seguito all'infortunio (Unfallentschädigung), così può la « Corporazione » già prima che siano trascorse tredici settimane dopo l'accidente, disporre per un procedimento curativo allo scopo di eliminare o diminuire le conseguenze dell'infortunio ».

Essa può far trasportare il leso in uno stabilimento di cura. (1) E l'art. 597 recita : « Invece delle prestazioni prescritte nell'articolo 558 (2) la « Corporazione » può accordare gratuite cure e trattamento in uno stabilimento di cura, e ciò col consenso del ferito se questi ha casa, o famiglia. « Ma tale consenso non è necessario se : 1°, la specie della lesione necessita una cura che nella famiglia del leso non è possibile ; 2°, la malattia è contagiosa ; 3°, il leso ha ripetutamente contravvenuto alle prescrizioni del medico curante ; 4°, lo stato od il contegno del leso rendono necessario una speciale sorveglianza. Nei casi al n. 1. 2. 4., la « Corporazione » deve provvedere possibilmente al ricovero in uno stabilimento di cura ». Invece del ricovero in ospedale può essere decisa un'assistenza a

---

(1) come può, (n. III dell'articolo) col consenso dell'infortunato accordarsi, per speciali cure colle Casse-Malattie, secondo il paragr. 185 del R. V. Ordnung).

(2) Vedi più sopra.

domicilio, col consenso del ferito, mediante infermieri od altro personale di cura (art. 599).

Inoltre l'art. 602 dispone che la « Corporazione » può ad ogni epoca disporre per un nuovo procedimento di cura (1) se è da attendersi un miglioramento della capacità lavorativa dell'assicurato. (2)

Però se l'infortunato è stato trasferito in uno stabilimento dotato di sufficienti presidi terapeutici, non può essere traslocato, senza suo consenso, in altro luogo (art. 605).

Ma se l'infortunato non ha eseguito una prescrizione che riguarda l' « Heilverfahren », senza legale od altrimenti fondato motivo (ohne gesetztlichen oder sonst triftigen Grund) e ciò ha sfavorevolmente influito sulla sua capacità lavorativa, così il risarcimento del danno, temporaneamente in tutto od in parte, gli può venire rifiutato, qualora egli sia stato preavvisato di queste conseguenze (articolo 606).

Ed anche durante il godimento dell'indennizzo (rendita) la « Genossenschaft » può sostituire la rendita col ricovero dell'infortunato in una casa per invalidi o simili stabilimenti ; ciò però solo per un periodo limitato di tempo.

Con questi doveri e diritti dell'Istituto assicuratore verso l'infortunato, si accompagna poi il diritto per la « Corporazione » di eseguire controlli, accertamenti anche in stabilimenti di cura, od anche ordinare nuovi procedimenti curativi in rapporto alla verifica del danno residuato. (art. 609 e seg.).

Queste sono le principali disposizioni legislative che(accompagnate da altre regolanti i rapporti amministrativi) nel campo della cura disciplinano il trattamento dell'infortunato sul lavoro industriale, e che trovano corrispondenti disposizioni nella legge per l'assicurazione contro gl'infortuni delle industrie agricole e dei lavoratori della terra. (Landwirtschaftliche - Unfallversicherung Vedi art. 942, 945, 951, 952) e nella legge per l'assicurazione degli addetti ai trasporti marittimi e fluviali (See-Unfallversicherung. Vedi art. 1065, 1087, 1090, 92, 1102, 03, 06, 1114).

---

(1) e ne ha anche il dovere secondo l'art. 558 quando lo stato dell'infortunato può ricavarne miglioramento.

(2) diritto che l' art 604 riconosce anche alle Casse-ammalati verso i suoi soci.

Cone risulta dalla esposizione riassuntiva che abbiamo fatta delle principali disposizioni, la legge tedesca è nettamente orientata verso il diritto dell'interessato alle cure, ma anche verso il dovere che egli ha di assoggettarsi a quei procedimenti curativi che l'Istituto assicuratore (o in sua sostituzione la Cassa ammalati per le prime settimane) giudica convenienti per ottenere le migliori guarigioni non solo anatomiche ma funzionali.

Essa ha specificato a quali mezzi (dalla sorveglianza a domicilio, al ricovero in ospedali) può ricorrere l'Istituto assicuratore (ed in certe contingenze - vedi art. 597 - li ha consigliati) ed in quali casi può servirsene, ed ha créato una sanzione, se anche solo economica, non per questo priva di efficacia, contro la disobbedienza e la cattiva volontà dell'infortunato di seguire le cure prescritte (art. 606).

Naturalmente la legge non può essere per sua natura esemplificativa e doveva sorgere, come difatti è sorta, la questione dei limiti a cui poteva e doveva spingersi questa obbligatorietà delle cure. Della questione fu investita la magistratura che doveva interpretare la legge, e così si ebbero già numerose sentenze che concernono i motivi di rifiuto giustificati od ingiustificati alle prescrizioni dei medici. (1) Su di esse avremo occasione di ritornare più oltre.

Inghilterra.

Il « Workmen's Compensation Act » del 1897 (nel 1900 esteso ai lavoratori della campagna) che regola il compenso per gli infortuni (Accidental Injuries) sofferti nel corso dell' « occupazione lavorativa » non ha disposizioni relative alla cura degl'infortunati, essendo questa libera, e limitandosi l'obbligo del datore di lavoro (Employer) a pagare un indennizzo pecuniario. Un solo accenno agli obblighi dell'infortunato è contenuto nell'articolo 3 dell'allegato n. 1 (First Schedule) che impone a lui, dietro richiesta dell'« Employer » di sottoporsi all'esame di un medico indicato e pagato da quest'ultimo, sotto sanzione, in caso di rifiuto o di ostruzionismo, della sospensione dell'indennizzo fino a che l'esame abbia avuto luogo.

---

(1) Vedi capitolo « *Sui limiti dell'obbligo alle cure.*

Analoghe disposizioni sono contenute nell'art. 11 della stessa « First schedule » relativamente all'obbligo dell'infortunato di sottoporsi alla visita del medico dell' « Arbitration » in caso di contestazioni o di opposizioni al deliberato del primo medico visitante.

La legge veniva rifatta nel 1906 (Workmen's Compensation Act, del 21 dicembre 1906) e questa nuova edizione contiene analoga disposizione di sospensione dell'indennizzo per l'operaio che si rifiuta all'esame del medico fiduciario dell'« Employer », quando sia stato dato avviso dell'infortunio (art. 4 del « First Schedule »), quando si rifiuta all'esame al quale il datore di lavoro lo può sottoporre ogni tanto (from time to time) mediante medico di sua fiducia (art. 14 id.) : quando si rifiuta al « medical referee » (perizia giudiziaria) che la Corte distrettuale può prescrivere in caso di disaccordo fra i pareri del medico dell'operaio e di quello dell' « employer » (art. 15 id.).

JUGO-SLAVIA (Serbia).

La legge promulgata il 14 maggio 1922 all'art. 85 prescrive che per un infortunio il quale abbia cagionato una lesione corporale, devono essere date all'assicurato le cure mediche, farmaceutiche, ed apparecchi conformemente alle prescrizioni dei paragrafi 1 e 2 dell'art. 45. – Quest'articolo fu compreso nella parte concernente l'assicurazione contro le la malattie e prescrive che gli assicurati hanno diritto 1°) alle cure mediche gratuite durante la malattia fino alla concorrenza di ventisei settimane, od in seguito fin quando ricevono un sussidio di malattia, 2°) medicamenti, bagni, acque minerali, apparecchi ortopedici (occhiali, membri artificiali ecc.) durante ventisei settimane : nondimeno essi potranno essere forniti anche dopo per tutto il tempo in cui ne avranno bisogno ». – L'art. 95 precisa che le spese per la cura dell'infortunato sono, per le prime quattro settimane a carico dell'assicurazione-malattie : mentre a cominciare dalla quinta settimana passano a carico dell'assicurazione-infortuni esercitata da Istituti distrettuali amministrati da rappresentanti del governo, dei datori del lavoro e degli operai. Vi sono inoltre una Cassa speciale per gli operai delle imprese dei trasporti, ed una Cassa per i minatori. E l'art. 94 prescrive che il trattamento delle vittime fino al loro completo ristabilimento è a carico dell'Istituto Di-

strettuale (o delle Casse) il quale, sempre però a sue spese, può ordinare il ricovero in ospedale, e ha diritto che l'operaio si sottoponga alle visite di controllo ecc. con facoltà se l'infortunato non esegue le sue istruzioni o le sue richieste di sopprimere in tutto od in parte la pensione (indennizzo).

Lussemburgo.

La legge per l'assicurazione degli operai contro gli infortunati del 5 aprile 1902 dispone provvedimenti sanitari a partire dalla quattordicesima settimana, essendo per le prime tredici settimane la cura dell'infortunato a carico delle Casse-Malattia. (1) L'art. 6 della legge assicura all'infortunato gratuitamente cure medicali, sussidi teraupeutici (oltre che ad indennizzi in denaro).

Queste prestazioni possono essere sostituite da gratuito ricovero in ospedali (art. 13) secondo norme identiche a quelle fissate dall'art. 15 dell'assicurazione malattie. (Vedi nota preced.).

Per l'art. 15 poi questi obblighi curativi dell'Istituto assicuratore, possono da questo essere addossate alla Cassa-Malati mediante uno speciale compenso (rimborso delle spese, e fino a metà dei sussidi di malattia).

---

(1) Se l'infortunato non è assicurato alle Casse-Malattia le spese di cura a partire dal giorno dell'infortunio sono a carico della Società assicuratrice « Corporazione industriale » o del datore di lavoro in casi particolari. La « Loi du 31 Jullett concernant l'assurance obbligatoire des ouvriers contre les maladies » determina (art. 14) che le Casse regionali debbono accordare a partire dal principio della malattia, « La gratuité des soins médicaux et des médicamentes, ainsi que des autres moyens curatifs (lunettes, bandages, etc.) e ciò per 13 settimane ; inoltre un sussidio a partire dal terzo giorno, uguale alla metà del salario. Queste due prestazioni possono secondo l'art. 15 essere sostituite dal ricovero gratuito in un ospedale, 1° col consenso dell'ammalato se si tratta di persone sposate o che fanno parte di una famiglia, o senza il loro consenso allorchè la natura della malattia esige un trattamento o delle cure che non si possono ottenere nella famiglia dell'ammalato, o allorchè la malattia è contaggiosa o allorchè l'ammalato avrà violato ripetutamente le prescrizioni dell'art. 17 N. 2 (che prescrive di non uscire di casa senza esserne autorizzati, di non prendere medicine od elementi contrari alle prescrizioni del medico e di non fare uso di liquori alcoolici), o infine allorchè lo stato e la condotta dell'ammalato esigono un'osservazione continua ; 2° senza condizioni per ogni altro ammalato.

Viceversa, per l'art. 18, in casi di malattie che vengano attribuite all'infortunio, l'Istituto assicuratore è autorizzato di prendere a suo carico la cura dell'ammalato. A questo è obbligato se la cura richiede un trattamento che non può essere fatto in famiglia, e perciò la Cassa-Malati ha ordinato il ricovero in ospedali, e ciò non più tardi del principio della quinta settimana dall'avvenuto infortunio.

La legge non dispone per sanzioni a carico dell'operaio in caso di rifiuto alle cure. Ma nella legge del 21 aprile 1908 colla quale l'assicurazione obbligatoria degli operai contro le malattie e gl'infortuni veniva completata e modificata, l' art. 8 dispone, oltre alla facoltà all'Istituto assicuratore di intraprendere un nuovo procedimento curativo, quando il medico ritenga che l'infortunato goditore di una rendita per infortunio (incapacità permanente) possa migliorare, che quando l' infortunato si rifiuta a questo o alle prescrizioni di cui agli art. 6, 13, 15, 17, 18 (sopra ricordati) senza giustificato motivo, e dopo che è stato avvisato che la sua condotta influisce sfavorevolmente sulla sua capacità di guadagno, l'indennizzo gli possa essere in tutto od in parte negato.

E l'art. 9 conferisce facoltà all'Istituto assicuratore di sostituire temporaneamente il ricovero in una casa di invalidi o di cura, al pagamento della rendita per invalidità.

Norvegia.

La legge per l'assicurazione contro gl'infortuni dell'11 luglio 1894 mette (art. 4) a carico dell'Istituto assicuratore (unico) le spese per la cura dell'infortunato per tutta la durata della malattia a partire dalla 4ª settimana. Nelle prime quattro settimane esse sono a carico della Cassa-Ammalati, se l'operaio è assicurato contro le malattie - oppure a carico del datore di lavoro - art. 9. Sono sempre a carico dell'Istituto assicuratore (a meno che esse siano in altro modo fornite) le spese straordinarie, come il trattamento ospitaliero, il trasporto, e simili, che siano state necessarie.

Invece delle cure, sussidi, ecc. l'Istituto assicuratore secondo l'art. 8 può dare all'infortunato cure gratuite ed assistenza in ospedale.

Però quando l'infortunato è sposato od abita con parenti è necessario il suo consenso; questo non è necessario se per giudizio del medico curante egli non può ricevere nella sua abitazione privata sufficienti cure ed assistenza.

L'Istituto assicuratore può (art. 23) anche dopo la 4ª settimana richiedere, se l'infortunato appartiene ad una Cassa-Malattia, che questa seguiti la cura, dietro rimborso delle spese fino a trattamento curativo esaurito.

La legge non contiene disposizioni per i casi di rifiuto dell'operaio alle cure o provvedimenti curativi prescritti.

Olanda.

La legge del 2 Gennaio 1901 concernente l'assicurazione degli operai contro le conseguenze dannose di infortuni in certi mestieri (Wet van den 2 den Januari houdende metlelijke verzekering in bepaalde bedrijven) contiene due articoli interessanti sotto il riguardo dell'obbligatorietà delle cure. Uno è l'art. 17 che obbliga l'Istituto assicuratore (il Banco statale di assicurazione) a dare all'assicurato cure mediche, od a rimborsarne il costo secondo le regole apposite; l'altro è l'art. 29, il quale conferisce il diritto all'Istituto assicuratore di sottoporre a visite di controllo l'infortunato, comunicando a lui, se rifiuta senza fondato motivo, la perdita del diritto al risarcimento. Il medico dell'Istituto può fare prescrizioni nell'interesse della cura: l'infortunato però ha diritto in caso di contestazione di farsi assistere da un suo medico. Se il reclamo dell'infortunato è dichiarato infondato dai periti o dalla loro maggioranza, e l'infortunato seguita a negligere od a rifiutare di seguire le indicazioni curative prescrittegli, l'Istituto assicuratore ha il diritto di sospendere in tutto od in parte l'indennizzo, così come il trattamento medico dell'infortunato.

Secondo poi l'art. 61 il datore di lavoro, da cui dipende l'infortunato, ha il dovere, subito dopo l'accidente, di provvedere che sia chiamato un medico per visitare il ferito e prestargli i necessari soccorsi; in base all'esame medico egli invierà poi il certificato di denuncia, ecc.

L'Olanda ha promulgato il 28 giugno 1921 un nuovo testo di legge sull'assicurazione per gli operai delle industrie. Le disposizioni circa le cure sono state ispirate agli stessi principi. Da notare

però che fra le cure che si devono prestare all'infortunato è compresa (art. 14) « la fornitura di apparecchi artificiali necessari per ristabilire, conservare od aumentare la capacità di lavoro, cocome pure la rieducazione richiesta dall'impiego di questi mezzi artificiali ». Inoltre il Banco Statale ha pure facoltà (art. 25) di far procedere, a sue spese, alla rieducazione professionale del sinistrato.

Analoghe disposizioni sono contenute nella legge per l'assicurazione degli operai agricoli emanata il 20 maggio 1922.

PORTOCALLO.

Con la legge 24 luglio 1913, questa nazione ha provveduto all'assicurazione degli operai per infortunio, sia questo avvenuto o non avvenuto sul lavoro. La legge accorda all'infortunato l'assistenza sanitaria e le medicine.

Con decreto 10 maggio 1919 veniva riorganizzata l'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni del lavoro. Anche in questo rimaneggiamento l'operaio conserva diritto all'assistenza medica, ospedaliera o non, ed alle medicine. Non vi sono prescrizioni per i casi di rifiuto.

RUMENIA.

Colla legge del 28 gennaio 1912 (modificata in più parti con quelle del 26 aprile 1913 e del 31 maggio 1913) « sull'organizzazione dei mestieri, del piccolo credito e delle assicurazioni sociali », questo Stato ha emanato alcune prescrizioni in tema di cure degli infortunati che si ingranano con quelle dettate contemporaneamente per l'assicurazione contro le malattie. Nel testo primitivo all'art. 119 della legge era detto che : « In caso di ferita provocata da un infortunio sul lavoro, la Cassa di assicurazione contro le malattie curerà il ferito a sue spese durante le due prime settimane, ed a spese dell'associazione padronale a partire dalla terza settimana dell'infortunio. I soccorsi medici consistono in consulti dati dai medici assunti dall'ufficio Centrale presso le Corporazioni e i loro policlinici ; cura a domicilio ; cura all'ospedale ; rilascio gratuito di medicamenti, oggetti di medicazione e simili.

L'invio all'ospedale può essere ordinato senza il consenso dell' ammalato, se la natura della malattia esige un trattamento o

delle cure alle quali la famiglia dell'ammalato non può provvedere, se la malattia è contagiosa; se l'ammalato ha contravvenuto parecchie volte alle prescrizioni del medico curante; se il suo stato o la sua condotta esigono una sorveglianza continua.

La prescrizione dei medici della Corporazione (operaia), dell'Associazione padronale o dell'Ufficio Centrale, di ospitalizzare i malati è obbligatoria per tutti gli ospedali dello Stato, dei dipartimenti dei Comuni e delle « Eforie ».

L'art. 141 aggiunge: « se l'operaio non appartiene ad alcuna corporazione, i soccorsi sopra indicati (cioè soccorsi medici, farmaceutici, gli accessori come cinti, grucce, ecc.) saranno a carico del capo dell'impresa durante le prime due settimane dell'infortunio, ed a partire dalla terza settimana saranno a carico dell'Associazione padronale per l'assicurazione contro gl'infortuni ».

Le modificazioni ultime hanno tolto l'obbligo delle cure per le prime due settimane alla Cassa Ammalati e l'hanno trasferito alle Associazioni Padronali. (Art. 141 testo modificato): « Tutte le persone ecc.,. . . hanno diritto in caso di ferita prodotta da infortunio determinato dal lavoro o in occasione del lavoro, di ricevere da parte dell' Associazione Padronale, a partire dal momento dell'infortunio fino alla consolidazione della ferita, cure. mediche e apparecchi accessori come stampelle, fasciature, ecc. come pure i sussidi in denaro. . . ».

Altre disposizioni che interessano la cura degl'infortunati sono quelle dell'art. 145: « I padroni delle imprese industriali isolate che fruiscono dei vantaggi della legge per l'incoraggiamento dell'industria nazionale, sono obbligati ad istituire ad a mantenere a loro spese una infermeria contenente almeno due letti per ogni cento operai ed una camera per l'allestimento di un dispensario ».

« L'Ufficio centrale potrà obbligare i padroni di numerose imprese limitrofe, che si trovino nelle condizioni sopra menzionate, ad associarsi allo scopo di allestire siffatte infermerie ».

« L'Ufficio centrale determinerà gli apparecchi e le installazioni di cui dovranno essere provviste queste infermerie, a seconda della natura dell'industria ».

« I malati saranno curati a spese della Cassa di malattia ed i feriti in seguito ad infortunio sul lavoro saranno curati a spese dell'Associazione padronale ».

Non esistono norme per sanzioni in caso di inosservanza o rifiuto di cure da parte dell'infortunato.

Russia.

Già il codice (libro X Part. 1) del 1851 si era preoccupato delle lesioni riportate sul lavoro, ricercando se vi era colpa del datore di lavoro, e distinguendola in colpa penale e colpa civile a seconda di modalità che non ci interessa riportare, variando anche per ognuna di esse le sanzioni. Vi è però da rilevare che tanto nell'una che nell'altra forma di lesioni colpose, la legge prescriveva che tutte le cure fossero a carico del datore di lavoro.

Questa misura era pure contenuta in qualche legge posteriore che concerneva « la responsabilità », e veniva poi fissata con norme più generali nel progetto di legge concernente « la responsabilità del proprietario d'imprese industriali per i danni del corpo e la morte degli operai ed impiegati ».

Infatti l' art. 9 prescriveva : « in ogni caso di lesione od altri danni alla salute, l'impresario è obbligato a sostenere il costo della cura », e secondo l'art. 10 il trattamento medico viene fatto, se il ferito lo desidera, nell'infermeria delle fabbriche od in ogni altro luogo di cura sempre a spese dell'imprenditore. Qualora però il ferito rifiuti un regolare trattamento medico, perde ogni diritto sul suo danno (art. 10).

E disposizioni presso a poco analoghe contenevano gli Statuti delle Casse di Malattia, in quei posti dove furono instituite. Ad es. lo Statuto della Cassa Ammalati per i lavoratori delle miniere nel regno di Polonia (gennaio 1895) stabiliva all'art. 7 che l'assicurato ha diritto a cure gratuite (per tre mesi, in qualche caso speciale anche di più) ma soggiungeva all'art. 8 che egli è obbligato a rivolgersi a quel medico, a quell'ospedale, ed a quel farmacista che la Cassa indica ; in caso contrario la Cassa non paga nessuna spesa di cura.

La successiva legge del 1904 « sopra il risarcimento degli operai infortunati nelle fabbriche, miniere, ecc. » aveva mantenuto l'obbligo delle cure a carico del datore di lavoro o di chi per esso; all'art. 10 metteva a carico del proprietario dell'impresa, qualora egli non abbia fornito cure gratuite, le spese di tutti i trattamenti curativi : a questi possono essere sostituiti i ricoveri in ospedali.

Erano però scomparse dalla legge le sanzioni per rifiuto dell'operaio a sottoporsi alle prescrizioni curative.

L'unico consiglio in tema di scelta dei medici, riguarda al compilazione degli attestati, per la quale l'art. 28 dice che ognuna delle parti può valersi dei medici del Distretto, della città o della polizia.

Queste disposizioni vennero confermate dalla legge dell'assicurazione operaia del 1912 che nella parte riguardante l'Assicurazione contro gl'infortuni (la quale si esplica a mezzo di società di mutua assicurazione, formate dagli industriali di un certo territorio), prescriveva che la cura dei sinistrati fosse a carico degli industriali, e che la società di assicurazione avesse il diritto di controllare ed anche di assumere la cura alla quale il sinistrato era obbligato di sottostare.

L'attuale governo, Repubblica dei Sovieti, nelle sue norme di legislazione sociale (1) ha stabilito le cure gratuite ivi compresi l'ospedalizzazione, i medicinali, le cure balneari, ecc. per conto dello Stato, a tutti gl'infortunati, senza fissare però alcun obbligo a questi di sottostarvi o sanzione in caso di rifiuto od inadempienza.

Ma a quanto risulterebbe da recenti notizie divulgate in proposito, pare che l'assicurazione infortuni come altre misure di legislazione sociale non abbiano avuto finora alcuna pratica attuazione.

Spagna.

La « Ley de 30 de Enero de 1900 acerca de los accidentes del trabajo » prescrive all'art. 4 che oltre al pagamento di indennizzo, il « patrono » è obbligato (2) ugualmente a provvedere la assistenza medica e farmaceutica all'operaio fino a che si trovi in condizioni di ritornare al lavoro, o per decisione medica si trovi compreso nei casi definiti ai comma 2 e 3 del presente articolo (incapacità permanente, totale o parziale) e non abbisogni della suesposta assistenza la quale si farà sotto la direzione di medici designati dal « patrono ».

Il regolamento per l'applicazione della legge contiene nell'articolo 5 la disposizione che pel datore del lavoro « la obligacion

(1) Vedi opuscolo – *La legislazione sociale nella Repubblica dei Soviet* – pubblicato dall'« Ordine Nuovo » – Torino 1921.

(2) Queste obbligazioni del « patrono » (art. 12) possono essere trasferite ad una Società di assicurazione.

mas immediata es la de proporcionar sin demora alguna la asistencia medica y farmaceutica » e nell'art. 6 prescrive che « se acudira en el primer momento en demanda de los auxilios sanitarios mas proximos : pero en el curso de la dolencia, la direccion de la asistencia mèdica corrisponde à los Facultativos (medici) designados por el patrono ».

Questi medici devono secondo l'art. 16 dello stesso regolamento, essere designati dal « patrono » all'autorità governativa nello spazio di quarantotto ore : se tale designazione non è fatta, s'intende che i medici che assistono il ferito, tengono implicitamente la rappresentanza del datore di lavoro.

Ed infine l'art. 17 dice che se l'infortunato entra in un ospedale, ai medici designati dal « patrono » si concederanno le stesse attribuzioni che ai medici (periti) giudiziari.

Nè la legge nè il regolamento fanno cenno di sanzioni a carico dell'operaio per inosservanza di cura. (1)

Nel 1921 sono stati depositati progetti di modificazioni alla legge sugli infortuni del lavoro industriale e per l'assicurazione degli infortuni del lavoro agricolo. Le spese per l'assistenza medica e farmaceutica restano sempre a carico del padrone : ma il nuovo progetto dà facoltà all'infortunato di chiamare a proprie spese uno o più medici perchè partecipino all'assistenza insieme al medico scelto dal padrone.

La nuova legge fu promulgata il 10 gennaio 1922 ed in essa sono mantenute le disposizioni sopra ricordate. Vi è però una novità importante, quella dell'art. 23 il quale prescrive : « Il Ministero del Lavoro, organizzerà un servizio speciale di rieducazione degli invalidi del lavoro, avente per oggetto di rendere a questi una capacità professionale sufficiente per permettere loro di guadagnarsi la vita colle proprie forze. Gli operai vittime di un infortunio potranno domandare il beneficio di questa disposizione ».

Degna di cenno è pure la disposizione dell'art. 8, il quale prescrive che le cure sono obbligatorie anche nel caso in cui le con-

---

(1) Il progetto di legge (1919) per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro agricolo, pone a carico delle « Mutue » l'assistenza medica e farmaceutica dell'infortunato (Vedi Bollettino dell'Istituto di Riforme – Madrid 1919).

seguenze dell'infortunio sono modificate nella loro natura, durata e gravità od esiti, da malattie intercorrenti, a condizione però che queste costituiscano delle complicazioni derivate dallo sviluppo patologico determinato dall'infortunio stesso, o che esse abbiano origine in affezioni acquisite nel nuovo ambiente, nel quale l'imprenditore ha posto la vittima in vista della sua guarigione.

STATI UNITI NORD AMERICA.

Non vi fu per molto tempo, e non vi è ancora in qualche stato, altra legislazione statale regolante un'assicurazione che facoltativamente, cioè lasciando la facoltà di optare o per il sistema dei compensi (Compensations laws) o per quello della responsabilità dell'imprenditore (Employers liability laws). (1)

Per il primo, nel 1914, lo Stato di New York votò una « Workmen's compensation law » in cui è obbligatorio il sistema dei compensi. Per questa legge l'imprenditore è obbligato a provvedere immediatamente e per un periodo di 60 giorni da quello dell'infortunio, all'assistenza sanitaria : se esso alla richiesta dell'operaio si rifiuta di prestarla o la trascura, l'operaio vi può provvedere a spese di lui. La legge non contiene sanzioni per il rifiuto dell'operaio.

In tutte le altre leggi le invalidità dipendenti da infortunio (o da malattia) non ricevono da parte dell'organo di assicurazione (Mutua o Società private) che un indennizzo in denaro : le cure sono a carico dell'infortunato, e l'Istituto assicuratore non ha alcuna ingerenza in esse.

Una legge del 2 giugno 1920 concerne la rieducazione professionale delle persone che hanno contratto un'invalidità nell'industria od in ogni altro modo, e la loro riassunzione di un'impiego vile. Con questa legge è aperto un credito (prima di 750.000 ed ora di 1 milione di dollari) per i vari Stati che dovranno pure contribuire con fondi proprii. All'art. 2 è specificato che ai sensi della presente legge, il termine persona invalida designa tutte quelle persone che per causa di difetti fisici, o d'un'infermità sia congenita, sia contratta in seguito ad *infortunio* o ad una malattia, sono

---

(1) Henderson – Die arbeiter – Versicherung in den Vereinigten Staaten von Nord – Amerika in Die Arbeiter – Versicherung in Auslände del dr. Zacher – Berlin – Troschel – 1907.

o saranno verosimilmente rese totalmente o parzialmente incapaci di un lavoro rimuneratore, il termine « rieducazione » designa il fatto di rendere una persona invalida atta ad attendere di nuovo ad un lavoro rimuneratore. La rieducazione è diretta da una commissione federale che dirige, sorveglia, e controlla le commissioni nominate da ciascun Stato.

Gli stessi Stati Uniti hanno con legge del 13 giugno 1922 « sugl'infortuni sofferti dagli impiegati dello Stato » prescritto (art. 9) che saranno a spese dello stato forniti all'infortunato immediatamente e durante un periodo opportuno, le cure ed i mezzi medici e chirurgici e l' ospedalizzazione convenienti al suo stato, a meno che l'impiegato non li rifiuti.

Svezia.

«La legge con cernente gl'indennizzi per lesioni conseguenti ad infortuni sul lavoro » (Lah angaende arsüttning för skada till fölid af olychsfall i arbetet) del 5 luglio 1901, contiene poche disposizioni riguardo alla cura dell'infortunato e sono quelle registrate all'art. 11. Quest'articolo prescrive che oltre all'obbligo della denunzia l'infortunato ha anche il dovere, se egli stesso non si procura aiuti sanitari, di sottoporsi alle cure del medico che viene incaricato dal datore di lavoro o dall'Istituto assicuratore statale (il Riksförsükringsanstalte). Se queste prescrizioni non sono eseguite ed è perció dimostrato che il danno è peggiorato perchè il danneggiato non ha avuto le appropriate cure, gli indennizzi prescritti dalla legge sono corrispondentemente da diminuirsi.

Svizzera.

La legge federale sull'assicurazione in caso di malattia o di infortunio del 13 giugno 1921, è quella che vige attualmente in Svizzera. A parte la diversità degli organismi incaricati dall'assicurazione i quali per le malattie sono molteplici (Casse-Malati) e per gl'infortuni sono rappresentati da un unico Istituto (La Cassa Nazionale con Sede Centrale a Lucerna), e le differenze di norme amministrative che ne regolano il funzionamento, abbiamo per ciò che riguarda il trattamento curativo dell'ammalato e dell' infortunato norme pressochè identiche.

Per le assicurazioni contro gl'infortuni è da notare che essa è obbligatoria non solo per gli « accidenti » che avvengano durante il lavoro e per le malattie professionali (art. 68) ma che comprende anche quelli che non hanno rapporto con il lavoro, che non sono professionali.

L'art. 73 prescrive che dopo l'infortunio e per la durata della malattia che ne segue, l'assicurato ha diritto alle cure mediche e farmaceutiche ed altri trattamenti curativi, agli apparecchi di cui può aver bisogno, ed alle spese di viaggio necessarie.

Il capo dell'impresa deve provvedere a che le cure mediche siano fornite all'infortunato il più sollecitamente possibile.

La Cassa Nazionale rimborserà al padrone le spese che egli sarà eventualmente chiamato a fare per le cure date d'urgenza alla vittima.

Il trattamento medico deve, a tenore dell'art. 76, continuare fino al momento in cui non vi ha più speranza di un sensibile miglioramento dello stato dell'assicurato. La vittima sarà dunque trattata a spese dell' assicurazione fino a che il suo stato necessiterà delle cure mediche, poco importando che egli sia capace o no di lavorare, che egli non abbia sospeso il suo lavoro o che egli lo abbia ripreso prima della sua guarigione definitiva.

Se l'assicurato manca delle cure di assitenza indispensabili, la Cassa Nazionale provvederà.

L'assicurato é obbligato a sottomettersi subito dopo la disgrazia al trattamento medico che gli è dovuto in seguito all'infortunio (art.73).

Tutte le inadempienze non scusabili, di questo obbligo, possono provocare per l'avvenire la soppressione totale o parziale delle prestazioni d'assicurazione (art. 71).

L'assicurato deve egualmente conformarsi pel trattamento agli ordini della Cassa Nazionale. Gli ordini di natura medica gli saranno dati, di regola, a mezzo del suo medico curante. La Cassa Nazionale potrà anche confidare questa missione a dei medici consiglieri incaricati della sorveglianza del servizio medico.

L'infortunato non può rifiutarsi di essere visitato ed esaminato dai medici designati a questo scopo dalla Cassa Nazionale.

La Cassa Nazionale incarica della constatazione dell'infortunio e del trattamento solamente i medici riconosciuti come tali dalla legge.

La Cassa Nazionale ha, in applicazione dell'art. 16, conchiuso delle convenzioni con le Società mediche, ed ha confidato ai medici che hanno aderito a queste convenzioni, le cure da fare ai suoi assicurati. Gli altri medici possono naturalmente, in caso di urgenza, essere chiamati a dare le prime cure che il dovere professionale loro impone.

Tutti i feriti possono scegliere medici fra quelli che hanno aderito alle convenzioni intercorse colla Cassa Nazionale, alla condizione che questi medici siano praticanti nella località ove l'assicurato abita, oppure nei suoi dintorni.

Quando il ferito si fa curare da un medico che non abita nel luogo del suo domicilio o nei suoi dintorni, la Cassa Nazionale non è tenuta a pagare le spese supplementari che ne derivano.

L'infortunato che è già in cura medica, non potrà cambiare il medico se non per motivi seri. Questi cambiamenti portano in generale pregiudizio alla cura.

In luogo delle cure mediche e di assistenza a domicilio, la Cassa Nazionale può ordinare il trasferimento dell'assicurato in uno stabilimento ospitaliero. La legge prevede che bisogna avere riguardo ai desideri dell'assicurato o della sua famiglia, ma la Cassa Nazionale è in diritto di ordinare l'ospedalizzazione se questa è necessaria per assicurare una cura migliore al paziente (articoli 73 e 21).

Se l'infortunato o i suoi parenti hanno dei motivi seri per desiderare che il ferito resti in cura al suo domicilio, invece di essere inviato in un ospedale, essi potranno esporre i loro desideri alla Cassa Nazionale che ne terrà conto nella misura del possibile. La cura a domicilio non è autorizzata che alla condizione di non esser meno completa di quella che sarebbe fatta all'ospedale.

In ogni caso particolare, siccome la cura dev'essere adatta alla lesione, la Cassa Nazionale sceglierà nei vari ospedali quello che presenta maggiori garanzie di buone cure. Ella potrà in certe circostanze decidere che la cura si faccia in ospedali privati, oppure in altri stabilimenti ospitalieri speciali.

Anche dopo la fine del trattamento medico e la fissazione della rendita, la Cassa Nazionale ha il diritto, *nel tempo durante il quale una revisione della rendita è possibile* (art. 81), di ordinare una nuova cura se si prevede con ciò di poter ottenere un miglioramento importante nella capacità di lavoro dell'assicurato.

L'invalido è obbligato a sottomettersi a questa nuova cura. In caso di rifiuto non giustificato le prestazioni di assicurazione possono essere parzialmente o totalmente soppresse.

Ungheria.

In questa Nazione colla legge 1891 : « Uber die Unterstützung in Krankkeitsfalle der in Gewerbe und Fabriksbtrieben Beschäftigen » si è provveduto per ciò che riguarda le cure allo stesso modo per gli ammalati che per gl'infortunati.

L'art. 7 della legge prescrive che agli ammalati siano dati : cure gratuite (per 20 settimane) dei medici, medicinali e mezzi terapeutici (occhiali, stampelle, cinti, ecc.) e l'art. 8 dice che fino a che l'assicurazione degli operai contro gl'infortuni non è regolata da una legge speciale, le prestazioni dell'art. 7 sono anche obbligatorie per ogni malattia che viene causata da un infortunio.

Le prestazioni dell' art. 7 possono essere sostituite da un ricovero in ospedale, col consenso dell'ammalato, quando questi è ammogliato, od ha famiglia : senza il suo consenso se non si trova in questo caso, o la malattia è contagiosa, od è di tale natura che la cura in ospedale può riuscire giovevole.

La legge poi non specifica se vi sono, e quali siano, le sanzioni contro quelli che non eseguiscono gli ordini del curante.

Un progetto di legge del 1903 (Gesetzentwurf samt Motivenbericht) prescrive cure gratuite, medicinali, mezzi di aiuto anche dopo le venti settimane sempre però per mezzo della Cassa-Malati (art. 22 e 23).

Uraguay.

L'art. 22 della legge del 15 novembre 1920 prescrive che le spese di assistenza (medica, farmaceutica, apparecchi ecc.) dell'infortunato sono a carico del datore di lavoro (il quale può trasferire i suoi obblighi alla Banca d'Assicurazione dello stato). E l'art. 61 aggiunge che ogni operaio assicurato presso la Banca d'assicurazione delloS tato è obbligato a sottomettersi al trattamento che il detto Istituto prescrive ed ordina in ogni caso particolare, a meno che egli non se lo procuri a sue spese o per mezzo delle Società di Mutuo Soccorso, nel qual caso la Banca si riserva il diritto di sorvegliare l'evoluzione della lesione. La Banca gode gratuitamente dei servizi dell'assistenza pubblica nazionale.

CAPITOLO III.

Aspetti giuridico-morali dell' obbligatorietà delle cure.

A) - Nei riguardi dell'Istituto chiamato ad apprestarle.

La legge italiana per l'assicurazione contro gl'infortuni, ha, fin dalla sua prima edizione, introdotto, e mantenuto nelle successive, l'obbligo per il datore di lavoro di «sostenere la spesa per le prime immediate cure di assistenza medica e farmaceutica (art. 9 testo unico). Con ciò il principio legale di un obbligo, se anche limitato, di cure verso l'infortunato era sancito. E non è certo mestieri spendere parole per la dimostrazione che questo « obbligo » non contrasta a nessuna norma giuridica vigente di diritto pubblico o privato.

L'allargare quindi l'obbligatorietà del trattamento curativo non solo alle prime immediate cure, ma a tutto il decorso del trattamento stesso, non dovrebbe rappresentare che *lo sviluppo di un principio già fissato nella legge*, e quindi aver già per questo fatto un fondamento di diritto giuridico, non violatore ex novo di norme giuridiche fissate da altre leggi. (1)

Nè il problema cambierebbe d'aspetto se invece del datore di lavoro, *fosse chiamato direttamente in causa l'Istituto assicuratore*, poichè in fondo l'Istituto assicuratore non è che un rilevatario degli obblighi del datore di lavoro, creato ed in molti casi voluto dalla legge, per ragioni pratiche di esecuzione della legge stessa.

---

(1) Le ragioni di diritto privato che possono emergere dalle clausole di contratti innestati sull'applicazione della legge, possono trovare opportuna protezione in disposizioni transitorie che accompagnino l'entrata in vigore delle nuove norme.

Evidentemente un trasferimento e mutamento di un obbligo di cure parziali da parte del datore di lavoro, ad un obbligo di cure totali da parte dell'Istituto assicuratore, non potrebbe avvenire senza facoltà di modificazioni delle clausole che regolano i rapporti contrattuali tra i capi ed esercenti dell'impresa e dell'Istituto assicuratore (di qualunque natura, privata o sindacale, esso sia) ; ma nella legge istituenda sono sempre insiti i poteri di dichiarare risolti questi legami (come essa li risolse quando apportò modificazioni nell'indennizzo economico). Ma, ripeto, non credo che alcuna disposizione precisa di leggi vigenti, sia di diritto pubblico che privato, si opponga a che venga eventualmente accollato all' Istituto assicuratore questo obbligo delle cure verso l'infortunato. Cosicchè sia il datore di lavoro, o sia l'Istituto assicuratore, quegli che venga chiamato ad apprestare le cure, egli non potrà affacciare alcuna protesta di violazione di articoli o prescrizioni precise di altre leggi.

Però potrebbe da qualcuno essere sollevata la questione giuridica di un'arbitrario, e perciò illegale. ampliamento e deformazione delle norme direttive della legge attualmente vigente per l'assicurazione contro gl'infortuni sul lavoro. Egli appoggiandosi all'art. 4 delle disposizioni preliminari al codice civile, secondo il quale le leggi che formano eccezione a regola generale o ad altre leggi non si estendono oltre i casi ed i tempi in esse espressi, cercherebbe di invocare *un'interpetrazione restrittiva della legge infortuni*, sostenendo essere questa una legge eccezionale di « Jus singolare » in contrapposto al « Jus commune ».

E direbbe che la legge sugl'infortuni non è legge di giustizia, ma di convenienza e di transazione ; che la legge arreca un onere agli industriali ad esclusivo beneficio degli operai; che questo onere fu fissato in limiti precisi, che indicano precisamente come lo scopo della legge sia stato essenzialmente quello di risarcire il danno economico ; e che perciò l'obbligo delle cure oltrepassa non solo il campo delle prestazioni del datore di lavoro, ma contrasta allo spirito informatore della legge, e quindi come tale va dichiarato giuridicamente inaccoglibile.

Questo è il ragionamento che si puó supporre, e non per solo giuoco dialettico, in bocca ad un avversario dell'obbligo delle cure. Vediamo se esso sia fondato su validi argomenti.

Anzitutto l'interpetrazione restrittiva della legge, se ha avuto qualche difensore nei primi tempi, ha visto sempre più

assotigliarsene la schiera, che si può dire oramai scomparsa; ed anche la stessa Cassazione di Firenze che nel suo giudicato del 18 gennaio 1904 si era fatta sostenitrice di questa tesi, ha poi in prosieguo di tempo (per es.: decisione 21 giugno 1906 e sopratutto delli 16 gennaio 1911) acceduto a criteri più liberali, ripudiando recisamente la primitiva interpetrazione; e fu seguita in quest'ordine di idee dalla giurisprudenza delle altre Corti, e dalla dottrina.

Porterebbe a troppo lungo discorso ritornare sugli argomenti di ordine giuridico che hanno valso a far trionfare la teoria più liberale e perciò rimando il lettore, che desiderasse prenderne visione ed avere maggiori notizie su questa, una volta, dibattuta questione, alla compulsazione dei trattati di legislazione infortunistica (Agnelli, Ramieri, ecc.) e sopratutto agli studi del Carnelutti. (1)

Piuttosto sarà opportuno di soffermarsi alquanto sulla seconda parte della questione giuridica sollevata più sopra, cioè quella che riguarda *gli scopi della legge.*

La discussione sarebbe oziosa qualora si supponesse l'obbligatorietà delle cure inserita in una vasta revisione della legge, che si accordi a scopi esplicitamente dichiarati di dare all'operaio, oltre a risarcimenti di altra natura, anche una protezione sanitaria completa, perchè il nuovo giure può sempre fissare nuovi obbiettivi alle sue disposizioni.

Ma anche supponendo per ragioni pratiche, che si voglia innestare questa riforma nel corpo della legge vigente, l'obiezione sopra accennata non ci pare valida. Se noi riandiamo le origini della legge attraverso alle discussioni nelle Commissioni, nella Camera dei Deputati, nel Senato ed attraverso le relazioni ministeriali e delle Commissioni parlamentari, noi vediamo emergere chiaramente il pensiero informatore della legge, sintetizzato in queste parole che togliamo dalla relazione Chimirri. (2) « Se l'organizzazione della grande industria genera il male, *giustizia vuole che essa lo ripari* ». È questo il fondamento giuridico del principio nuovo, conosciuto col nome di rischio pro-

---

(1) Carnelutti « *Criteri di interpretazione della legge sugl'infortuni* Vol. I – Degli « Infortuni sul lavoro » – Roma – Atheneum 1913 – dove trovasi anche un'abbondante bibliografia.

(2) Atti parlamentari XIX Legislatura n. 60 – A. – Documenti.

fessionale, che vincendo ostacoli di ogni natura ha finito col trionfare degli ostacoli e dei pregiudizi.

E se la legge in pratica intese essenzialmente al risarcimento economico, non però ciò derivò dall'idea del legislatore che la « giustizia » fosse esaurita nel fissare le sole misure di indennizzo. Anche la cura del ferito apparve agli occhi del legislatore come parte del debito morale che la società aveva verso il lavoratore.

E se non tradusse questo debito morale in debito giuridico che in minima parte (prime cure), ciò fu solo per ragioni pratiche, per quelle ragioni che fanno subire, a torto od a ragione, al diritto, nel suo tradursi in atto, quelle limitazioni ed assumere le forme che sono credute necessarie per le varie e spesso contrarie esigenze della comunanza sociale, dove, come dice il Quarta (1) « al privato si accoppia sempre il pubblico interesse, alla ragione giuridica naturale il principio relativo e contingente della utilità ed opportunità, o civile o sociale o politica od economica od anche morale ».

Si credette allora che l'iniziativa filantropica, l'interesse dell'Istituto assicuratore, e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria per i poveri, avrebbero fornito all'operaio tutte le cure neccessarie in modo che il danno nella salute avesse il suo adeguato risarcimento sanitario.

Per es : il Ministro Barazzuoli nella relazione che precede il progetto di legge da lui presentato, e che diventò poi la legge del 1898 (la quale con poche mutazioni è tuttora quella che vige in materia) scriveva : « Gli organismi che bisogna ad ogni costo « incoraggiare sono i Sindacati professionali di assicurazione « mutua. È questa a nostro avviso la forma più eletta e più si- « cura di garantire l'indennità col minor carico dell'industria « e di ottenere nel tempo stesso una oculata ed efficace preven- « zione degl'infortuni, nonchè una notevole attenuazione delle « dannose conseguenze mercè le cure immediate e sollecite dei « feriti. Dovendo l'associazione servire a tutto a suo carico le « indennità, sarà indotta dal sentimento umanitario e più an- « cora dal proprio interesse a studiare ed attuare tutti i mezzi « che giovino ad impedire gl'infortuni negli stabilimenti con-

(1) Quarta – *Natura giuridica della legge* 17 marzo 1898 – Rivista Infortuni – 1900 pag. 158.

« sociati o attenuarne le conseguenze. Le premier bandage décide
« de la sort du blessé-soleva dire l'eminente chirurgo Volkmann,
« e secondando gl'impulsi e l'incoraggiamento dell'ufficio impe-
« riale germanico, presieduto dall'Illustre Prof. Bödeker, le Cor-
« porazioni professionali tedesche vanno organizzando su vasta
« scala la cura degli operai feriti, ottenendo effetti veramente
« meravigliosi per la guarigione completa o parziale in caso di
« fratture o lesioni. Per siffatti procedimenti molte morti si
« evitano e migliaia di operai che sarebbero rimasti totalmente
« o parzialmente incapaci, sono resi ancora utili a sè ed al lavoro
« produttivo, con notevole diminuzione delle indennità che la
« Corporazione deve fornire in ragione degli effetti dannosi del-
« infortunio. È questo un risultato notevole dell'assicurazione
« obbligatoria, la quale sprona gli obbligati, con lo stimolo del
« tornaconto, a procurare la completa guarigione e diminuire la
« durata dell'incapacità degli operai colpiti dal disastro, rispar-
« miando così dolori e miserie ineffabili ».

Insieme all'iniziativa degl'Istituti, si fece affidamento sul sorgere di associazioni ed Istituti che provvedessero all'assistenza medica dei feriti sul lavoro, e per ciò si fissarono aiuti pecuniari (art. 37 della legge). (1)

Ma in parte perchè non ritenuto necessario, in parte perchè si temette di esagerare il carico economico del datore di lavoro (bisogna ricordare con quali tinte catastrofiche si prospettò il peso che ne sarebbe derivato all'industria), (2) si evitò di codificare fra le previdenze compensatrici dell' infortunio anche le cure, salvo che nella forma di spese per la prima immediata assistenza : ma non si disse dal legislatore che un obbligo delle cure a favore dell'operaio contrastasse allo spirito animatore della legge, ed il completo risarcimento terapeutico esulasse dal principio di giustizia che dettava la legge ; che anzi dai chiari accenni soprariferiti appare, e sarebbe stato inconcepibile che così non avvenisse, come la cura dell'operaio ferito dovesse ascriversi fra i provvedimenti più importanti della giustizia riparatrice che determinava il sorgere della nuova legge, anche se

---

(1) V. *Atti Parlamentari XIX Legislatura* – Seduta 13 giugno 1895.

(2) V. ad es : discorso del Deputato Quintieri – *Atti Parlamentari XIX Legislatura* – Seduta 29 aprile 1896.

per ragioni pratiche si credette di doverla fissare solo in parte in disposizioni legislative. (1)

Del resto è noto da precise attestazioni del nostro legislatore (2) che la legge sugl'infortuni non rappresenta nella sua forma attuale che il primo passo di una lunga via, e che se l'opera legislativa richiede istituti giuridici, quali conviene preparare ad attutire le ripercussioni economiche, sono anche manifesti in essa il desiderio e la volontà continuamente tesi verso maggiori benefici da raggiungere. (3)

Per tuttte queste ragioni pertanto ritengo che mal si apporrebbe colui che volesse trovare nell'estensione dell'obbligatorietà delle cure, un significato contrastante all'indirizzo ed agli scopi della legge, e ne volesse dedurre la conclusione di un arbitrario ed illegale ampliamento della legge stessa.

Ma un'altro aspetto giuridico della questione si presenta, ed è quello di stabilire se la nuova norma legislativa estensiva dell'obbligo delle cure, *rappresenti un processo « giuridicamente maturo »;* se cioè concepisce ed attua giuridicamente un reale sentimento morale, ed un reale bisogno dell'interesse pubblico e privato. La questione giuridica si ingrana in questo punto negli aspetti morali ed economici del problema. Degli aspetti economici ci intratteremo più oltre ; consideremo ora brevemente gli aspetti morali. E cominceremo col domandarci : È veramente l'obbligo totale delle cure, a carico del datore di lavoro (o chi per esso) una misura che soddisfi il nostro sentimento morale di giustizia ? Io credo che saranno ben pochi coloro che ponendosi questa domanda, non vi diano una risposta affermativa.

---

(1) Anche lo stesso deputato ZAVATTARI che fu il proponente dell'emendamento « delle spese per le prime cure » giustificò la sua proposta con una ragione di opportunità pratica « perchè gli stabilimenti sono nella maggior parte fuori della città ed in quei luoghi i medici non vi sono ». Ma i deputati CHIARADIA e FUSINATO che sostennero la proposta ne misero però in rilievo il carattere di provvedimento integratore del dovere di risarcire la vittima del lavoro. Vedi Atti Parlamentari XIX Legislatura pag. 3366 e seg. – Ed il GUICCIARDINI (ministro) che dapprima si oppose debolmente, e poi finì col consentire, non oppose ragioni di principio e di equità, ma solo di opportunità.

(2) Vedi le relazioni Ministeriali e Parlamentari sui progetti MICELI, DI RUDINÌ ecc. – Atti Parlamentari Legislatura XIX-XX.

(3) Conf. CARNELUTTI – Loc. citato pag. 44.

Noi sentiamo che per il danno riportato nella salute, a causa dei rischi che accompagnano un lavoro pericoloso, il quale si svolge, teniamolo presente, a beneficio della collettività, l'operaio *ha diritto* ad essere risarcito, anche con le cure mediche che eliminino od attenuino gli effetti della disgrazia. Non è giusto che, a sue spese, egli debba provvedere alla cura delle lesioni riportate sul lavoro.

Ma si obbietta : egli può trovare cure gratuite per il fatto che è inscritto nell'elenco dei poveri, o perchè una Associazione di assistenza medica ai feriti sul lavoro lo accoglie nei suoi ambulatori. Ma quanti sono, possiamo rispondere, gli operai che possono fruire di questi vantaggi ? Pochi. Le associazioni di assistenza medica agl'infortunati che l'art. 37 della legge si riprometteva di sussidiare, sono sorte in numero scarsissimo, e l'inclusione nell'elenco dei poveri, attraverso le strettoie odierne, è diventata difficoltosa e così ricca di inceppamenti burocratici che molti operai ne sono esclusi. Sarà questa una misura dettata da imprescindibili necessità finanziarie dei Comuni, non lo si nega ; ma la conseguenza è che l'operaio in molti casi deve, o dovrebbe, egli sostenere la spesa (e non si tratta di poco) del trattamento curativo, ad eccezione delle prime immediate cure.

Per il ricovero ospedaliero almeno egli è favorito dalle disposizioni regolamentari (art. 150 Reg. per assicurazione infortuni industriali, e art. 84 Regolamento per assicurazioni infortuni agricoli) che fanno obbligo alle amministrazioni ospedaliere di ricevere negli ospedali gli operai colpiti da infortunio sul lavoro. Ma il ricovero ospedaliero è indicato e concesso solo per i casi veramenti gravi, che costituiscono una minima parte di tutti gl'infortuni, ed attraverso le difficoltà che sollevano le amministrazioni che temono di non essere rimborsate. E se non paga il Comune perchè l'operaio non è inscritto nell'elenco dei poveri, nessun altro non vi è obbligato, salvo l'operaio che dovrebbe pagare di sua tasca. È giusto, è morale questo ?

Noi rispondiamo di no : vi è una ripugnanza del sentimento e della ragione ad ammettere che il danno che ha colpito l'operaio nella salute, oltre all'avergli recato il pregiudizio economico, solo parzialmente risarcito, del mancato guadagno, debba gravare di nuovo su di lui, oltre che per le sofferenze e le preoccupazioni che può arrecare con sè, anche riducendogli o magari

annullandogli il già incompleto risarcimento finanziario, con le spese di cura che deve sostenere.

Ma anche indipendentemente da queste considerazioni, noi sentiamo che è « giusto » il diritto dell infortunato di avere le cure gratuite, perchè il *suo danno fisico è inscindibile dal danno complessivo*. L'idea generatrice dell'assicurazione, l'« aequitas » che l'ha ispirata, non può, non deve far distinzioni. Il legislatore ha creduto che il fine della cura gratuita si ottenesse lo stesso, senza sancirne un'obbligo a carico dell'industria; l'esperienza però ha dimostrato che esso non è stato che incompletamente raggiunto.

Ma sopratutto, « il modo ancor m'offende ». In fondo la cura è rimasta per le disposizioni di legge un problema di beneficenza e, diciamo la parola cruda, di elemosina; e da ciò la coscienza nostra, in quest' evoluzione che ognuno di noi avverte nel suo intimo della giustizia sociale, resta urtata. Noi sentiamo che quello dell'operaio è un diritto. L'operaio per parte sua lo sente vivamente. Io devo giornalmente curare infortunati: io vedo che le cure che ad essi vengono gratuitamente prestate, sono accolte come prestazione doverosa, come esecuzione di un rapporto contrattuale di lavoro. Non è questione di egoismo ignorante, o di una prepotenza classista: è l'espressione di un sentimento intimo di ricevere quello che loro spetta « di diritto », e che del resto accettano generalmente con piena correttezza di forma, e deferenza verso il medico curante.

Anche lo stesso datore di lavoro è in gran parte in questo ordine di sentimenti. È avvenimento comune, almeno nel centro dove io vivo a contatto degli infortunati, quello di vedere l'industriale sobbarcarsi alle spese di tutto il trattamento curativo.

Una delle ragioni della diffusione della « Vigile » che opera nei grandi centri industriali, dove ha migliaia di ditte associate subentrando all'esercente o capo dell'impresa nei suoi obblighi verso la legge di assicurazione contro gl'infortuni, è questa: che essa fornisce « tutte le cure » e non solo le prime, agli operai delle ditte associate: in tal modo il « disagio morale » da cui si sente colpito l'industriale se dovesse abbandonare a sè stesso « il suo operaio » che si è ferito « nel suo stabilimento », senza curarlo di quella lesione che egli ha riportato lavorando « nel suo interesse », viene ad essere elimitato.

Ho avuto spesso occasione di intrattenermi su questo argomento con datori di lavoro : tutti hanno dichiarato di « sentire » che l'operaio dev'essere curato gratuitamente.

Molti hanno servizi propri di ambulatori nell'interno degli stabilimenti. È un provvedimento che risponde anche ad un loro interesse : è vero ; ma soddisfa anche l'esigenza morale, che essi avvertono, di dover offrire al ferito del lavoro il compenso delle cure mediche.

Cosicchè sia da parte dell'operaio, che del datore di lavoro, il quale può attendersi di essere chiamato egli (o chi per esso) a sopportare il carico del completamento delle cure, la questione si presenta moralmente matura, come lo è nella coscienza collettiva, e pronta ad esser tramutata in una norma giuridica.

Del resto il confronto colle legislazioni straniere (Vedi Capitolo 2 di questa « Memoria »), ci indica come questo « bisogno giuridico » sia stato sentito da tutte le altre nazioni con qualche rarissima eccezione (paesi di lingua inglese). Variano i modi ed i limiti delle prestazioni sanitarie, ma il principio è, si può dire quasi universalmente, ammesso ed attuato. E sui modi e limiti di quest'obbligo avremo anche noi occasione di ritornare più avanti quando sarà parola degli aspetti economici ed organizzativi del problema, ai quali essi si riconnettono strettamente.

Piuttosto conviene qui ancora acennare al dubbio se vi possano essere indicazioni giuridiche che orientino *verso quale persona od istituto debba cadere l'obbligo di queste cure.* Non crediamo di andare errati dicendo che i precedenti della legge e la ragione giuridica e morale che l'informano, richiedono che il carico di esse debba cadere sul datore di lavoro, o sull'Istituto assicuratore che può subentrare a lui nei diritti e nei doveri verso l'infortunato.

La tesi ci pare così consona a tutto lo spirito informatore della legge nostra ed alle disposizioni già da essa parzialmente attuate, a tutte le disposizioni delle legislazioni straniere, a principi ovvi di responsabilità morale e giuridica, che ci pare superfluo di soffermarci a discuterne la fondatezza. Sarà questione di vedere quale sia sotto l'aspetto morale, amministrativo, economico ed organizzativo, la soluzione più opportuna del problema, e lo vedremo a suo tempo : ma sulla bontà ed opportunità giuridica che l'obbligo ricada sul datore di lavoro, o chi per esso, non crediamo possa esservi dissenso. A meno che intervengano

altre forme assicurative. (per es. : quella contro le malattie) ad offrire modi e possibilità di cure, che si accordino con lo scopo di fornire all'infortunato la assistenza sanitaria completa : nel caso sarà questione più che altro di convenienza pratica, quella di vedere dove e come l'obbligo delle cure possa essere assunto da questo istituto con partecipazione o meno del datore di lavoro o dell'Istituto assicuratore, e sottratto per conseguenza, in modo totale o parziale, dal carico di questi ultimi.

Ma anche su questa questione avremo occasione di ritornare in luogo più opportuno. (Vedi Appendice - Rapporti con la Assicurazione malattie).

Abbiamo così brevemente considerato quelli che a noi paiono i principali aspetti giuridico-morali dell'obbligatorietà delle cure nei riguardi del diritto dell'operaio ad averle, e del corrispondente obbligo del datore di lavoro (o chi per esso) di apprestarle. Ma tutto questo, camminando, per così dire, sui regoli della nostra legislazione attuale, considerando la questione in rapporto a quelle che sono le norme ed i principi informatori del nostro « Jus conditum ». (1) Crediamo necessario a questo punto, e necessario anche per la trattazione che faremo dell'altro lato della questione, quello che riguarda l'obbligo dell'assicurato a sottoporsi alle cure, di elevarci, con un piccolo colpo d'ala, sopra le strettoie della legge attuale, ed impostare il problema giuridico-morale da un punto di vista più elevato, quello della reintegrazione della capacità lavorativa ; di entrare cioè più addentro nel campo che riguarda la *finalità delle cure.*

---

(1) Il Baglio nel suo libro « Per la politica e il diritto delle assicurazioni operaie obbligatorie – Napoli – Tocco – 1909 » – esprime a pag. 40, l'opinione che le spese di cure mediche e chirurgiche per gli operai colpiti da infortunio rientrano, in via *principale ed immediata*, fra i danni economici prodotti agli operai dagli infortuni del lavoro, e più oltre (pag. 41) scrive : « Or se anche l'onere delle cure non rientrasse di peso – come di fatti vi rientra – nella nozione giuridica del rischio professionale, basterebbe e basta la potenzialità del bene che le scienze ed i metodi terapici oggi sono in grado di arrecare, evitando maggiori mali, e basta l'esistenza di risultati pratici, come quelli ora citati (si riferiscono al Sindacato Siciliano per gl'infortuni degli operai delle Zolfare – N. d. R.) per costituire alla Nazione Italiana il diritto, ed agli imprenditori il dovere, di porre come un dato basiliare dell'assicurazione infortuni l'obbligo delle cure a carico di quest'ultimi ».

CAPITOLO IV.

La reintegrazione della capacità lavorativa. (1)

A chi esamina gli articoli delle nostre leggi sugli infortuni del lavoro ed i relativi regolamenti (2) appare subito evidente come il legislatore si sia preoccupato essenzialmente di idennizzare il danno economico riportato dall'infortunato, mentre poco si cura delle misure intese alla riparazione del danno fisicobiologico.

Per ogni infortunio industriale egli ha pensato ad assicurare le prime immediate cure (vedi art. 9), e poi si è disinteressato

---

(1) L'importanza della questione fu già rilevata da tempo in Italia e furono specialmente i medici cultori d'infortunistica che richiamarono l'attenzione su di essa. È doveroso ricordare il Borri, il Bernacchi, il Biondi, il Pisenti che in vari loro scritti, o relazioni a congressi o conferenze ebbero accenni e richiami all'importanza del problema. Se ne parlò ai Congressi medici internazionali degl'Infortuni sul Lavoro, specialmente di Roma e di Dusseldorf; se ne accennò in seno alla Commisione che preparò il progetto di riforma della legge sugl'infortuni edito dalla Cassa Nazionale (relatore Carnelutti). Anche nelle relazioni ministeriali, o delle Commissioni parlamentari, e nelle discussioni parlamentari che accompagnarono i progetti di legge sugl'infortuni del 1898, del 1904 e quello Cocco-Ortu (poi ritirato) del 1907 si hanno accenni all'opportunità di cercare la reintegrazione della capacità lavorativa. Se ne tenne parola nel Congresso Nazionale di infortunistica oculare – Roma – ottobre 1920 – Nel 1921 (vedi annata 1921 delle « Lotte Sanitarie ») la Federazione Italiana fra medici infortunistici ne discusse in assemblee sezionali. Al primo convegno nazionale dei medici infortunistici (Torino – gennaio 1922) la discussione sulla relazione Borri si occupò del problema. Più recentemente ancora, nel Convegno interprovinciale di Cremona per le assicurazioni sociali, il Direttore Generale della Previdenza sociale, Dott. Calamani, pronunziava chiare parole sulla necessità della restaurazione funzionale (Vedi relazione – in Rassegna di Previdenza sociale Giugno 1922). È infine di questi giorni il voto ed il ri-

(2) Vedi Capitolo I sulla Legislazione italiana.

dell'assistenza obbligatoria all'infortunato (salvo il divieto fatto agli ospedali di rifiutare l'accoglimento del ferito); e mentre ha fissato i diritti degli Istituti assicuratori al controllo medico, non ha imposto nessun obbligo all'operaio di sottostare alle cure prescrittegli.

Nell'assicurazione contro gl'infortuni agricoli si è spinto un po' avanti sancendo un obbligo da parte dell'infortunato a cure mediche, escluse le chirurgiche salvo i minori atti operatori (art. 18), ma non ha prescritto in alcun modo (salvo i primi soccorsi art. 83 del R.) un'assistenza sanitaria obbligatoria a favore dell'infortunato. Anche in qualcuna delle leggi particolari che abbiamo ricordato, si trovano disposizioni che contemplano il problema delle cure, ma da un punto di vista unilaterale: o assicurano un periodo, però solo temporaneo, di cure gratuite (per gli adetti ai trasporti marittimi); oppure sanciscono obblighi all'infortunato di sottostare a cure che gli siano prescritte (Sindacato zolfifero – lavoratori miniere – assicurati della Tripolitania e Cirenaica). Ma nella maggioranza dei casi la cura medica fu lasciata, come ho già avuto occasione di dire, alle disposizioni dell'assistenza sanitaria per i non abbienti, o all'iniziativa dei datori di lavoro o degli Istituti assicuratori; o ad associazioni mediche di soccorso di feriti del lavoro: perchè si è creduto che la coscienza e l'interesse dell'operaio unito all'interesse dell'Istituto assicuratore, assicurassero un provvido e sufficiente procedimento curativo per tutti gli assicurati, e la salute dell'infortunato potesse venire così recuperata nel miglior modo possibile.

---

lievo del Consiglio generale della Cassa Nazionale sulla necessità di un'assistenza sanitaria intesa a questo scopo.

Il problema fu oggetto anche di raccomandazioni nella letteratura scientifica di altri paesi, e si può dire che se ne trovano accenni in tutti i trattati medici che si occupano degl'infortuni. Specialmente in Germania si ebbero già da tempo incitamenti su questa via per parte degl'infortunisti (Vedi ad es: trattati del Thiem, del Reichardt, del Kaufmann; – le raccolte della Monatschrift für Unfallheilkunde, e dell'Aerztliche Sachverstandige Zeitung, ecc.); e dopo la guerra, in vista anche della resurrezione economica della sconfitta nazione, esso è oggetto di frequenti invocazioni. (Confronta ad es: nella Monatschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen, gli articoli di Echert N. 7, 1918; Marcus n. 9 – 1920 – Grüber n. 5 1921.

Nessuna delle leggi inoltre si è preoccupata di dettare disposizioni che permettessero, anche a distanza di tempo, di riaprire un trattamento curativo allo scopo di migliorare il danno, giudicato permanente, di un infortunio sul lavoro. Colla revisione poi del danno limitata al periodo di due anni, si chiude la porta ad ogni possibilità di ingerenza futura sul decorso delle conseguenze dell'infortunio.

In complesso ne scaturisce da una parte la facoltà al datore di lavoro ed all'Istituto assicuratore di disinteressarsi della cura: dall'altra la facoltà dell'operaio di regolarsi come crede, facendosi curare come vuole (salvo le eccezioni sopra ricordate), lasciando al suo buon volere ed alla sua possibilità il compito di guarire nel miglior modo e miglior tempo, e di attenuare per quanto possibile le conseguenze residue dell'infortunio subìto. E la questione si è ridotta così generalmente ad una questione di rapporti privati, al dibattito e coltivazione dell'interesse privato di istituti assicuratori o di operai infortunati, con effetto inevitabile di indurre molte volte l'uno a cercare di « risparmiare » e l'altro a cercare di « guadagnare » sull'infortunio stesso.

E perciò il problema della cura resta immiserito molte volte ad una pura questione di convenienza economica.

Ora i riflessi generali di questa « politica infortunistica » sono troppo gravi per l'economia generale e per la salute sociale, perchè la collettività non senta e non veda il diritto ed il dovere di intervenire. Ed intervenire in base ad un principio di utilità sociale che non ammette discussione: la salute innanzi tutto, perchè essa è la prima fonte della prosperità e della ricchezza nazionale; perchè essa è il bene più prezioso dell'individuo, perchè la capacità al lavoro che ne deriva, è essenziale per la prosperità dell'individuo e della collettività.

Nella evoluzione della sempre più estendentesi legislazione sociale, che è diventata il codice della civiltà moderna, la « salus » (nel suo senso biologico) pubblica tende a diventare la « lex suprema ». Non abbiamo ancora fatto molto cammino (1) ma la mèta verso cui faticosamente, e purtroppo senza il fervore

---

(1) Confronta in proposito l'istruttiva relazione del Borri « *Nuovi orizzonti di etica Medico Sociale* » nel Congresso di Medicina sul lavoro. Firenze. Giugno 1922; e le pubblicazioni dell'Istituto Italiano di Igiene Previdenza ed assistenza sociale fondato e diretto dal prof. Ettore Levi.

che sarebbe necessario, camminiamo, è per noi, come tutte le nazioni, questa: *la difesa e maggior valorizzazione possibile della vita nella sua integrità fisica, morale e spirituale.*

Vi deve essere un diritto e di contrapposto, *un dovere della salute* per il bene dei singoli, da cui deriva quello della Società. La nostra sensibilità collettiva ha afferrato l'importanza, se pur ancora non bene palese che alle persone colte, del problema, e la traduzione in norme giuridiche di tanti provvedimenti d'igiene sanitaria, di protezione del lavoro, di prevenzione e di lotta contro malattie varie, ha rappresentato la manifestazione di un nostro bisogno morale integrato da superiori interessi economici.

Perchè dovremmo assistere indifferenti al maltrattamento ed allo sperpero del nostro capitale morale e materiale più prezioso, cioè della capacità al lavoro?

Si tratta di un interesse collettivo di primissimo ordine. In Italia abbiamo milioni di operai e di agricoltori assicurati (1) e le ripercussioni di una legge che abbraccia così grande numero dei suoi componenti, hanno per tutta la collettività importanza eccezionale. Essa deve esigere che il loro patrimonio – salute e conseguente capacità al lavoro – sia tutelato nel miglior modo possibile, e che essi contribuiscano colla migliore volontà alla conservazione integrale del matrimonio stesso. Si deve reclamare la loro sottomissione alle esigenze supreme dell' interesse sociale fin dove questo può armonizzarsi coi diritti individuali insopprimibili. Ma nello stesso tempo si deve dare a loro tutti i mezzi perchè la restaurazione funzionale venga cu' rata nel miglior modo possibile. *Dare ed esigere: obbligatorietà bilaterale.*

Di fronte al diritto dell'operaio di avere il risarcimento del suo danno fisico con cure gratuite, vi è il suo obbligo di assecondare queste cure senza ostruzionismi, e senza tentativi di coltivazione di incapacità residue, che sacrificano ad un gretto

---

(1) Da calcoli desunti da diverse fonti (relazioni ministeriali, rendiconti della C. N. I. (per gli agricoltori) ecc. ho calcolato che non meno di 10 milioni siano gli assicurati contro gl'infortuni industriali ed agricoli. (Nel 1920 ad es. furono 2.536.340 gli assicurati contro infortuni industriali e circa 7.500.000 quelli contro infortuni agricoli).

scopo di lucro personale una parte utile della sua attitudine al lavoro, con danno grave dell'economia generale.

Così in una reciproca contemporaneità e contemperanza di diritti e di doveri dei singoli, la coscienza morale viene soddisfatta, e viene assicurato l'interesse collettivo.

Dice bene il Borri (1) che la legislazione sociale è « espres- « sione di omaggio concreto e di ossequio realizzatore ad interessi « etici superiori e generali, tuttochè quel che sta sul primo « piano della prospettiva risulti impersonato in interessi mate- « riali e particolari ».

Vedremo nei capitoli seguenti come precisamente anche questi interessi materiali e particolari di ambedue le parti, siano appunto meglio assicurati con l'adozione di queste norme di obbligatorietà reciproca ; il che conferisce il necessario completamento pratico, a quella che pure sentiamo essere viva esigenza di un interesse etico superiore. Perchè *ripugna alla nostra conscienza di considerare la lesione del corpo umano come il danno di un qualunque meccanismo*, il di cui guasto si traduce esclusivamente in una cifra commerciale : come *ripugna una perdita della salute e della capacità di lavoro dovuta a negligenza o, peggio, ad intento di gretto lucro personale*, in dispregio all'interesse apparentemente dell'assicurazione, ma in definitiva dell'economia generale.

« La legislazione sociale » tolgo la frase al Borri (2) non « tanto tende a regolare dei rapporti giuridici di convivenza, « quanto a codificare uno spirito solidaristico ».

È vero che « questo senso di superiore rettitudine » nell'applicazione pratica è spesso mancante ; è vero che la sua attuazione dipende sopratutto dalla « moralizzazione » degli assicurati e degli assicuratori : ma non sarà inutile, e ad ogni modo deve esserne il necessario presupposto, che la legge emani norme che non contrastino, ed anzi meglio assecondino, nello sviluppo dei rapporti di diritto e di dovere fra le parti, lo scopo di una più salda, più equa, e più solidale applicazione delle leggi di protezione sul lavoro.

---

(1) Vedi relazione al primo Convegno Nazionale dei medici infortunisti sulla « *Riforma della legge Infortuni* » pag. 15 degli « *Atti* » del Congresso.

(2) Loco citato.

Al lume di queste considerazioni il problema dell'obbligo delle cure, nei riguardi dell'Istituto chiamato ad apprestarle, acquista un più alto significato, e si concreta in un imperativo morale e giuridico di più alta importanza nei confronti dell'interesse collettivo. (1)

Lo scopo della reintegrazione della capacità lavorativa deve negli intenti della legge predominare su quello del semplice indennizzo economico, ed esso, non può, e non deve essere raggiunto che assicurando gratuitamente le cure, e tutte le cure, alla vittima del lavoro. (2)

E che tale concezione del problema sia ormai diffusa, ed abbia raggiunto anche gli organismi direttivi che meglio sono in grado di apprezzarne l'importanza, lo provano le chiare e succose parole pronunciate precedentemente dal Direttore generale al Ministero della Previdenza, il *Calamani* al Congresso interprovinciale di Cremona, (3) che ci pare opportuno riportare a conclusione di quanto siano venuti dicendo:

« Le leggi contro gl'infortuni e la loro molteplice organiz-
« zazione sono oggi ispirate ad un prevalente contenuto econo-
« mico che non attua a sufficenza lo spirito di pubbliche provvi-
« denze che mirano alla difesa del lavoro. Allorquando arro-

---

(1) È un processo di sviluppo che potrebbe trovare una significativa analogia nella prevenzione degl'infortuni; dalla pura difesa con mezzi meccanici si va passando gradualmente a tutta una vasta opera di prevenzione basata sull'igiene, sulla fisiologia, sullo studio della fatica, sulle condizioni ambientali del lavoro in rapporto alla stato di salute, sull'orientamento professionale, sulla scelta del mestiere, ecc.

(2) Scriveva giustamente il Carnelutti a pag. 13 della sua relazione preposta al progetto di riforma compilato dalla Cassa Nazionale Infortuni che « quest'obbligo (dell'assistenza sanitaria) imposto prima di tutto all'imprenditore, è ciò che distingue e nobilita la legge degl'infortuni in cospetto della sua materia, che è il bene supremo dell'individuo e della collettività, cioè l'uomo stesso: quando, nelle torbide discussioni per la formazione prima della legge degl'infortuni, si giustificava la nuova forma di responsabilità invocando per l'operaio colpito lo stesso trattamento che l'industria fa alla macchina guasta, si dimenticava appunto il pregio della materia, che subisce l'infortunio; per la macchina è giusto che l'imprenditore possa fare freddamente il suo conto tra il danno della perdita e il costo della riparazione; per l'uomo, no; finchè vi è possibilità di reintegrazione, il corpo dell'uomo deve essere reintegrato, costi pure la cura incomparabilmente di più che la indennità ».

(3) Vedi *Rass. Prev. Sociale n.* 6, 1922. pag. 15.

« gandoci un criterio impersonale e generico che solo in rari casi
« può coincidere con un criterio di scientifica e pratica valu-
« tazione, noi diciamo che ad una lesione corrisponde un
« tanto di indennizzo, noi non compiamo che una parte nel man-
« dato sociale, il cui spirito è contenuto nei principi informatori
« di questo diritto, anche se essi non abbiano avuto esplicita
« sanzione in una norma di legge. . . . La società non ha assolto
« ai suoi doveri quando ha stabilito un conguaglio fra una muti-
« lazione ed un valore quale esso sia : ma le incombe pur sempre
« il compito, di perspicua efficacia, il quale mira ad una restaura-
« zione funzionale che annulli, se è possibile, negli effetti du-
« raturi la menomazione fisica, e sottragga il lavoratore ad una
« accidia che è mille volte più penosa e dolorosa del danno ri-
« cevuto nel corpo ».

CAPITOLO V.

Aspetti giuridico-morali dell'obbligatorietà delle cure.

B) – Nei riguardi dell'assicurato tenuto a sottoporvisi.

Colle considerazioni precedenti relative alla reintegrazione della capacità lavorativa, siamo necessariamente entrati anche nel campo che riguarda l'obbligatorietà delle cure da parte dell'assicurato. Questa seconda parte del problema presenta aspetti giuridico-morali più complessi che non la prima, e che si possono raggruppare in una questione principale della *legittimità dell'imposizione di una cura* e di una data cura ad una persona, ed in questioni secondarie concernenti i *limiti dell' imposizione, i rapporti col medico curante* (*libera scelta*), *il segreto professionale*, ecc.

Converrà però prima sgombrare il terreno *da due pregiudiziali* che potrebbero essere affacciate contro l'opportunità di intavolare una simile discussione.

La prima è quella di ordine pratico e morale assieme, che ho sentito esprimere da qualche persona, e che potrebbe essere così formulata : il problema della obbligatorietà, non può essere risolto giuridicamente, *ma solo attraverso una propaganda morale* che induca l'infortunato a cooperare volontariamente alla sua reintegrazione funzionale. Questa pregiudiziale ha indubbiamente un lato giustissimo, che è quello di porre in rilievo l'importanza del fattore di « persuasione » per la migliore attuazione dell'assicurazione sociale, e questa importanza avremo anche noi occasione di lumeggiare : ma pecca di soverchio scetticismo da una parte, e di soverchio ottimismo dall'altra.

Se vogliamo attendere che tutti gl'infortunati siano compresi della necessità di anteporre l'interesse generale (massima reintegrazione della capacità lavorativa) al loro, spesso malin-

teso, interesse particolare (indennizzo), per codificare quella, che sarebbe già diventata una situazione di fatto nel campo morale, credo che dovremo aspettare molto, troppo tempo.

D'altra parte le leggi hanno anche una funzione moralizzatrice, e le norme, che esse esprimono, finiscono, se anche dapprima possono per taluni costituire « un'imposizione non accetta », col tramutarsi in norme di condotta abituale per la maggioranza degl' interessati.

Quel che noi, (e dico noi per indicare l'opinione pubblica, o con frase costituzionalmente più corretta, gli organi legislativi) riteniamo giuridicamente buono, dev'essere tradotto in precetto giuridico, al quale si deve uniformare la condotta dei cittadini; e non attendere che il precetto giuridico sanzioni una unanimità di consensi che non esisterà mai, e che quando vi fosse, renderebbe superflua la legge stessa.

Se applicassimo il ragionamento dei nostri pregiudizialisti alla nostra legislazione sanitaria.... finiremmo col trovarci a mani vuote.

L'altra pregiudiziale potrebbe essere rappresentata dall'opinione che si debba rifiutare una legislazione sociale basata sull'imperio. Perchè le singole individualità devono confondersi, scomparire in questo diritto dello Stato che non vuole avere limiti nella sua azione, ed incarnare egli solo il diritto e tutto il diritto? Perchè lo Stato secondo concezioni care ai tedeschi (Hegel), dev'essere il fine, e l'individuo solo il mezzo? Non dobbiamo ritenere come credono, od almeno credevano, i tedeschi, che nulla si possa costruire di solido e di duraturo se non col mezzo dell'autorità, (1) e copiarli anche nei loro sistemi di legislazione sociale ed in queste misure di coercizione dei diritti individuali.

Queste sono le ragioni di opposizione pregiudiziale. Ad esse possiamo sbrigativamente opporre un argomento, che compendia tutti gli altri ed è questo: *la realtà ci insegna che su questa via non si può tornare indietro.* Tutta la nostra legislazione sociale ha un fondo autoritario: sono le necessità della vita collettiva che lo esigono. Il diritto comune va cedendo il passo al diritto sociale: il « qui iure suo utitur neminem laedit » si va

---

(1) Vedi a questo proposito – Agnelli – « *Leggi sociali e coscienza umana* » in Riforma Sociale. 1915, n. 6-7.

mutando nel principio che ciascuno è obbligato ad agire in modo da non recar pregiudizio al diritto altrui.

Sarà questione di misura, di consacrare giuridicamente solo un reale e diffuso bisogno morale ; non può essere più questione di principio. Ed anche l'obligatorietà delle cure dovrà seguire, se matura nella coscienza giuridica, la sorte di altre misure limitratici della libertà individuale.

Vediamo pertanto, tornando al problema che abbiamo detto principale, se esso *possa ritenersi giuridicamente fondato e maturo.*

L'obbligatorietà delle cure imposto all'assicurato solleva il grave problema della *violazione della libertà personale,* intesa nel senso del diritto di disporre della propria persona per ciò che riguarda la sua esistenza e la sua salute, la sua integrità anatomica e funzionale. Nei trattati di filosofia del diritto o di diritto civile si parla frequentemente dei « diritti naturali o reali » a cui appartiene anche quello del « diritto della personalità » (diritto alla vita, all'integrità corporale, all'onore, « jus vitae » largamente inteso) da cui deriva la facoltà di disporre del nostro corpo nel modo che ci suggerisce il nostro volere o la nostra passione, nei limiti in cui la nostra azione non urta contro i disposti della legge penale o di altre leggi. Nessun limite da nessuna legge è posto alla facoltà di curare la nostra salute come meglio crediamo. (1) Ma ancor più: noi possiamo anche sopprimere la nostra persona ; e la nostra azione potrà essere considerata un « illecito morale », ma non *è* un illecito giuridico » ; e nessuna legge la punisce.

Questa assoluta padronanza del nostro corpo, questo *illimitato* diritto, che fa parte del « diritto della personalità » sulla propria persona, caro ai sostenitori del « diritto individualistico », ha però già subito coll'andar dei tempi delle limitazioni dettate dall'interesse collettivo.

Basta ricordare che le automutilazioni, fatte allo scopo di sottrarsi al servizio militare, sono state oggetto di disposizioni punitive. Anche la donna che sopprime, pur in embrione, il frutto delle sue viscere, va incontro a penalità (per quanto si

---

(1) Vedi Dusi – *Diritto civile* – Vol. I. pag. 86 e segg. Napoli Pierro 1922. Confronta pure Ferrara. Trattato di Diritto Civile ; Ravà « *Diritti sulla propria persona* », in *Rivista ital. per le scienze giuridiche* Vol. 31-32.

possa discutere se questa misura non derivi dall'offesa alla vita futura di un'altra persona). L'aiuto al suicidio è punito. Si nota che la legge penale, pur non intaccando ancora il nucleo centrale del diritto sulla propria persona, tende e circoscriverlo e limitarlo.

Ma anche nel campo della salute fisica, è già stato iniziato lo smantellamento delle condizioni di illimitato predominio individualistico. Lo Stato ad es. ha imposto la vaccinazione ; ed ha dettato obblighi, per la difesa dalle malattie contagiose, a cui debbono sottostare i colpiti delle malattie, o quelli che presentano pericolo di essere vittima o veicoli della malattia stessa. Molte misure delle leggi sanitarie si traducono in compressione nella libertà di disporre ad libitum della propria persona, nei rapporti di convivenza cogli altri membri della collettività, senza previe misure igieniche.

In certi organismi collettivi come l'esercito, le scuole, ecc. chi ne partecipa è sottoposto alle visite e cure di un medico che non è neppure da lui scelto, ed a prescrizioni igieniche e sanitarie diverse ; la legge sul meretricio obbliga certe persone a sottostare a visite mediche con sanzioni in caso di inadempienza.

E così via : gli esempi si potrebbero moltiplicare. La difesa della collettività ha inspirato tutte queste misure che invadono il campo dell'indipendenza sanitaria individuale, pur non giungendo ancora al punto di fissare per l'individuo l'obbligo, (salvo casi specialissimi es. vaccinazioni) di sottostare ad un particolare intervento di natura medica o chirurgica sulla propria persona. E secondo la concezione classica del diritto, l'individuo può ancora rifiutare per sè o per la persona per cui esercita la patria potestà (1), di essere sottoposto a misure terapeutiche, anche se dal medico siano state giudicate assolutamente indispensabili per evitare la morte.

E nella pratica comune il medico per eseguire un dato trattamento curativo non ha altro mezzo che quello di ottenere colla persuazione il consenso dell'ammalato o chi per esso.

---

(1) Vedi a questo proposito Pieraccini « *Il diritto di uccidere e di uccidersi di fronte ai codici sanitario e penale.* « Ramazzini » 1910 » ed X. *Il diritto di uccidere di fronte ai Codici Sanitario e Penale.* « Avvenire Sanitario » n. 22 anno 1922.

Questa concezione dell'incoercibile libertà della volizione individuale nel disporre del proprio corpo e della propria salute è sempre stata affermata *nel campo penale*, là dove si trattava di valutare le conseguenze che da un delitto contro la persona erano derivate alla vittima.

Quante volte fu sollevata la questione che l'entità dèl danno doveva essere diminuita di quel tanto che era dovuto all'incuria od alla cattiva cura della lesione od al rifiuto di sottoporsi ad un'operazione, sempre la nostra giurisprudenza ritenne che la libertà dell'individuo al riguardo non poteva essere coartata, e che la responsabilità dell'agente doveva essere intesa per tutto quanto il danno effettivamente risultante, e non per quello che ipoteticamente poteva presumersi residuato in seguito a cure diverse o ad interventi operativi. I giudicati della nostra giurisprudenza, (come del resto quella dei paesi stranieri) si sono mantenuti in questo ordine di idee. Basterà citare ad es. quello della Cassazione : (1) « Questo supremo collegio ha con molti suoi pronunciati, mantenuto fermo il principio che non varia le responsabilità dell'autore della lesione per la circostanza della cura cattiva, mancata o trascurata che abbia potuto prolungare la malattia, e nemmeno se il ferito si sia ricusato ad assoggettarsi ad una operazione chirurgica senza distinzione di conseguenze immediate o mediate ».

Se non vi fu vera malizia, od intenzione dolosa di rendere più gravi le conseguenze della lesione, il danno effettivo, reale, deve esser la base delle sanzioni e del risarcimento. È vero che la Cassazione ha riconosciuto un dovere morale di conservare la propria salute, ma per usare le parole del suo giudicato (2) « il dovere morale di conservare la propria salute, o di sottrarsi con le medele ad un danno da altri inferto alla propria persona non può convertirsi in un diritto positivo del colpevole, che deve invece rispondere di tutte le conseguenze del proprio delitto ».

Questa concezione della responsabilità penale, che pur trova un appoggio nella reazione morale suscitata dal fatto che l'azione determinante del danno è un'azione volontariamente o colposamente antisociale, è andata però gradatamente sollevando le proteste della nostra coscienza giuridico - morale

---

(1) Vedi Cassazione unica VII. 735.
(2) Vedi Cassazione unica X. 34.

per la sua rigidità e la sua eccessività. Quando ad esempio si vede che il leso si rifiuta ad un trattamento curativo, sicuramente innocuo, come può essere una cura elettroterapica, o meccanoterapica (anche se può essere accompagnata da qualche molestia), si ha la sensazione che un atto così contrario alla tendenza umana di riacquistare la salute, è solo spiegabile colla volontà non solo di non cooperare in nessun modo alla guarigione, ma di mantenere inalterate le conseguenze del danno per ricavarne il maggior lucro possibile; e per naturale reazione e sentimento di giustizia si vorrebbe domandare al giudice di passar oltre e sopra a quelle che possono essere le ragioni di diritto puro, e di diminuire la responsabilità del colpevole per quelle conseguenze che la ostinazione interessata del leso non permette di escludere. E già alcuni giudicati in materia di responsabilità per danno susseguente a lesione hanno aperto la via a queste nuove concezioni, coonestando così il principio di una certa obbligatorietà di cure pur da parte di colui che ha ricevuto un'offesa al proprio corpo ed alla propria salute per un atto che la legge considera delittuoso, anche se questa obbligatorietà si traduce in diminuzione di responsabilità del colpevole di una azione che non può mancare di suscitare una giusta reazione.

Ma se queste limitazioni del diritto individuale ci possono apparire di ancora incerta giustificazione nell'ambito della responsabilità penale, maggior giustificato rilievo acquistano quando noi passiano nel campo della legislazione sociale. La nostra coscienza si sente molto più urtata, se rileva da parte della vittima il desiderio di sfruttare una legge che è stata emanata in ossequio ad un interesse collettivo, morale e materiale, che supera e deve superare l'interesse particolare delle parti che ne risentono il carico od il beneficio.

Quel diritto che vive nella coscienza collettiva, sia esso scritto o non, nei codici, e con essa si trasforma e si evolve, che si manifesta quotidianamente nelle ricerche degli studiosi e nelle aspirazioni della giurisprudenza, che si rivela nelle insufficienze della legge scritta e nei suoi contrasti coi bisogni sociali, (1)

---

(1) Confronta al riguardo Carnelutti. « *Criteri d'interpretazione della legge sugl'infortuni* » paragrafo 3 in « Gl'infortuni del lavoro » Vol. 1 Roma 1913. Confronta pure Brugi « *Il diritto latente* » in « Introduzione enciclopedica alle scienze giuridiche sociali. Firenze 1891 paragr. 13.

si erge vigoroso contro le vecchie concezioni del diritto classico, e reclama in nome dell'interesse collettivo che anche nella tutela del sommo dei diritti reali, quello della disponibilità della propria persona, *non vi debbano essere apriorismi di intangibilità e di fissità.* (1)

I sostenitori del diritto puro affermano che il rifiuto ad una cura è una manifestazione di diritto individuale, giuridicamente non oppugnabile. Esso non può portare ad alcuna scusante alle responsabilità dei terzi per l'offesa all'integrità personale da cui possa desumersi il fondamento di una limitazione o di una esclusione del risarcimento del danno. L'individuo che rifiuta le cure, tutt'al più omette di compiere un'azione che interrompa la catena delle cause e degli effetti: ma questa rimane ininterrotta, per cause indipendenti dalla volontà della vittima, la cui condotta non costitusce una causalità nuova nè una interruzione del nesso di casualità. Nè per il suo rifiuto si viene a stabilire la « compensazione della colpa », perchè questa compensazione potrebbe solo venire attuata quando il danneggiato commettesse un'azione (e non solo una omissione) che agendo come nuova causa alterasse il processo già in decorrenza. (2)

Questi concetti che in linea di puro raziocinio giuridico potranno anche essere fondati, ci sembrano però anacronistici e non più adattabili alle nuove concezioni del diritto sociale. Non si tratta nell'assicurazione contro gl'infortuni di trattare la responsabilità verso i terzi, come la può prospettare il codice civile; si tratta delle responsabilità verso la collettività. È questa che ha il diritto di porre il problema se la omissione non costituisce veramente, per le sue intenzioni e le sue conseguenze, un'azione nuova che modifichi il nesso di causalità fra il fatto primitivo, ed il danno che ne risente la società.

Si ammetta pure che non vi possa essere questione di compensazione di colpa « civilmente » considerata: ma non si potrà ammettere che si concreta *un'altra colpa, « socialmente » considerata?* È a questa che noi facciamo addebito, è di questa che noi chiamiamo responsabile il colpevole.

---

(1) Confronta Borri *Trattato di medicina legale.* Vol. 1 Capo. V. § 4. 1922.

(2) Vedi una esposizione di questi argomenti in Endelmann-Die Rechtsvirkungen der Ablenhung einer Operation seitens des Korperlich Verletzen - Berlin - Heymann 1893.

Il « summum jus – summa inuria » non potrebbe aver trovato una delle sue applicazioni ? E del resto non è già entrata nel nostro Codice Civile una « *culpa omissionis* » che potrebbe avere con questa degli elementi di analogia ?

E non vi è anche una regola di diritto che suona « nemo ex malattia commodum habere debet? » E non si va sempre più affermando la tendenza ad eliminare lo « *jus abutendi* » dal contenuto del diritto sul proprio corpo come dal diritto sulle proprie cose ? Forse che non è uno di questi « abusi » quello di chi per calcolo o per trascuratezza o per superstizione rifiuta un trattamento curativo che lo libera da un'infermità o da un difetto del corpo ? E come non trovare stridente il contrasto fra la disposizione della legge che priva il possedente diritto al risarcimento di un danno, del diritto stesso per quelle conseguenze economiche dannose del fatto che la sua *media diligenza* avrebbe potuto evitare, ed il fatto che questo diritto rimanga completo per il risarcimento dei danni della persona, anche per quelle conseguenze che « la media diligenza » avrebbe potuto escludere ? Non è forse il corpo umano un bene prezioso come ogni altra cosa, e non lo è anche di più di ogni altra cosa ? (1)

Si dirà ; ma la legge non ha voluto che sancire e regolare la responsabilità dell'imprenditore verso l'operaio : da ciò sono nati semplici rapporti di contratto privato. La risposta è facile. Riandate le origini, gli scopi della legge quali risultano dai lavori preparatori, dalle relazioni ministeriali, dalle discussioni parlamentari, dagli studi dei commentatori, e vi accorgerete che essa non deriva dal ceppo del vecchio diritto comune, tradizionale : essa è legge di eccezione, che si ingrana in un sistema legislativo, che diventerà a sua volta col tempo, diritto comune e generale. La responsabilità oggettiva dell'industriale, nella forma particolare dell'assicurazione obbligatoria, costituisce un'eccezione di fronte al principio generale delle responsabilità soggettive, dominante il nostro diritto comune. È l'intento sociale della protezione del lavoro, della pace sociale, del benessere col-

(1) Ricordo anche l'art. 414 del C. P. « Chiunque a fine di conseguire per sè o per gli altri il prezzo di un'assicurazione di infortunio od altro indebito profitto distrugge, disperde o deteriora con qualsiasi mezzo cose proprie, è punito ecc. » D'accordo che l'articolo prevedeva altri casi ; ma siamo poi così lontani dal concetto ispiratore di esso ?

lettivo e della miglior protezione dell'attività economica, che la legge si è prefisso, ed essa perciò ha creato diritti e doveri per i datori di lavoro e per gli operai che prima non esistevano, e che spesso derogano alle norme del diritto comune.

Fra questi nuovi diritti e doveri, la nostra legge ha creduto di mettere solo l'obbligo di sostenere le spese delle prime cure da parte dell'imprenditore, mentre tutte le legislazioni degli altri paesi hanno messo a carico suo o dell'Istituto assicuratore le cure complete ; e se non ha messo l'obbligo alle cure da parte dell'operaio, questo però da molte altre legislazioni straniere è stato prescritto, (1) il che dimostra che quella maturazione che noi sentiamo essere stata raggiunta da questo problema, in altri paesi, non certo meno progrediti del nostro, ha già avuto da molti anni la sua espressione legislativa.

Qualcuno potrà obbiettare che questo obbligo dell' infortunato a sottoporsi alle cure è stato solo *una concessione fatta all'interesse degli Istituti assicuratori ;* ma, pur non negando, e lo dimostreremo anzi, che questo interesse sia difeso da una simile misura, è certo che esso coincide con quello della collettività e che fu sopratutto lo scopo dell' interesse generale quello che mosse il legislatore a sanzionarla. Si consultino, ad es.: per la Germania che fu l'antesignana di questo movimento, e le cui leggi servirono di norma per quelle di altre nazioni, i lavori preparatori della legge, le discussioni al Reichstag, gli studi dei commentatori, le sentenze della magistratura interpretante, e si vedrà come l'obbligatorietà bilaterale delle cure sia stata sancita in *vista di uno scopo superiore di difesa dell'attività economica e della salute fisica della nazione.*

Ma che tale obbligo dell'operaio sia necessario ai fini della legge è del resto *già stato avvertito anche dal nostro legislatore.* Nel capitolo sulla legislazione italiana io ho enumerate le disposizioni di alcune leggi speciali e di quella per gl'infortuni agricoli, in cui è ammesso il principio della sottoposizione obbligatoria (con la limitazione dei maggiori atti operativi) dell'operaio alle cure prescritte dall'Istituto assicuratore. È vero che queste disposizioni legislative furono stabilite per decreti, senza previa consultazione degli organismi legiferanti: ma, per quanto io sappia, la loro emanazione non sollevò proteste, che di-

(1) Vedi Capitolo sulla Legislazione straniera.

mostrassero essere stata commessa una offesa alla coscienza giuridico-morale della collettività, o di una sua parte cospicua. Ed è strano che le opposizioni siano riservate solo all'adozione di tale misura per gl'infortuni industriali.

Vediamo del resto come si presenta la risoluzione del problema. In fondo se noi lo traduciamo in termini pratici, lo vediamo scindersi in questi punti:

a) questione pregiudiziale di un obbligo generico dell'infortunato di sottostare ad una cura;

b) questione della scelta, libera o meno, del medico curante;

c) limiti a cui deve spingersi questo obbligo.

A) – **Obbligo generico dell'infortunato di sottostare ad una cura.**

Su questo punto non credo esistano divergenze. Che l'infortunato possa per cattiva volontà o per colpevole negligenza od ignoranza rifiutarsi a curare in qualsiasi modo l'offesa della sua salute, e peggiorarne così gli effetti, ci pare cosa talmente contraria ai dettami della nostra coscienza morale, e della nostra « coscienza sanitaria », che il fatto non credo possa trovare alcun difensore anche presso i più ortodossi sostenitori del diritto individualisto. Se anche non si volesse, e non si potesse, concretare la figura del dolo, ne emerge però sempre quella della colpa così grave da annullare il diritto ai benefizi della legge.

In pratica la questione potrebbe sembrare oziosa, perchè pare, ed è vero per la grandissima maggioranza dei casi, che l'istinto della propria conservazione costituisca un efficace freno ad una innaturale tendenza di autodanneggiamento.

Ma non è del tutto oziosa, perchè là dove il pericolo della salute è scarso, possono germinare propositi di sfruttamento del danno, nel senso di prolungare la durata degli effetti lesivi, e di aumentare l' efficacia di questi in vista dell' instaurazione di un danno permanente sfruttabile. Io che vivo quotidianamente negli ambulatori a contatto con gli infortunati, potrei citare non molti, ma parecchi di questi casi in cui il leso non si presenta alle visite prescrittegli (dopo la prima che era necessaria per stabilire l'infortunio), o vi si presenta molto irregolarmente, lasciando, benchè preavvertito, che le ritardate medicazioni aumentino la macerazione dei tessuti, il ristagno dei liquidi, ecc.; in una parola che la piaga non si avvii a gua-

rigione, ma questa riesca ritardata. Non mi son trovato in questi casi di fronte a proprie manovre autolesive, di cui la legge si è preoccupata, ma semplicemente di fronte a casi in cui l'incuria (genuina o maliziosa che ella fosse) non era in qualche modo colpibile. Si dirà che l'Istituto assicuratore poteva aumentare le visite di controllo ; ma prima che il meccanismo di questo sia in corso, sono passati precisamente quei due o tre giorni, che non dovrebbero passare tra una medicazione e l'altra.

Alle osservazioni mosse a questi negligenti, qualcuno ha risposto colla scusa di essere andato nel frattempo da un altro medico ; altri, più ferrato in infortunistica, ha invocato la libertà che la legge lascia di curarsi come e dove e quando si vuole (e se non giungeva a dire la libertà di non curarsi, però questa ne era la conseguenza di fatto).

E se giuridicamente potrebbe discutersi se abbia o no ragione, in pratica l'incurante finisce con lo spuntarla, non essendo certo il caso di iniziare una causa per ogni infortunato recalcitrante al suo dovere di curarsi. Mentre basterebbe la possibilità di applicare la sanzione della perdita o sospensione dell'indennità, per togliere di mezzo ogni velleità di sfruttamento e richiamare il ferito ad una maggior osservanza dei suoi doveri sanitari e sociali. Ma la sanzione non può essere fissata che dalla legge attraverso l'obbligo delle cure.

B) - **Scelta del medico curante.**

La questione della scelta del medico curante, se debba cioè esser lasciata o meno all'infortunato, solleva parecchi problemi giuridico, morali e pratici.

Ammesso il principio dell'obbligatorietà delle cure, questo può essere applicato stabilendosi che l'infortunato abbia la scelta del medico curante, e che il datore di lavoro o, chi per esso, sostenga la spesa delle cure. L'infortunato tutt'al più potrà essere obbligato a sottostare alle prescrizioni del suo medico di fiducia. Il sistema teoricamente corre sui regoli dell'obbligatorietà delle cure. I suoi sostenitori affacciano a difesa del sistema :

a) Ragioni d'ordine giuridico consistenti nel rispetto che si deve portare alla libertà individuale, di disporre della propria salute : e su questo non mi soffermo perchè dovrei

ripetere le considerazioni già svolte più sopra sui limiti di indipendenza del diritto individuale dagl'interessi superiori della collettività. Mi limito a riaffermare l'opinione che queste ragioni debbono essere subordinate alla necessità di assicurare la miglior possibile attuazione degli scopi della legge; tanto meglio se tradizioni giuridiche e necessità sociali si possono conciliare.

b) Ragioni di ordine morale–utilitario. L'elemento *fiducia* si dice, è indispensabile per il miglior trattamento curativo: e sarebbe una violenza morale insopportabile, quella che obbliga l'infortunato a confidarsi alle cure di persona in cui non abbia fiducia. È certo che nè il valore terapeutico, nè il valore morale di questo elemento possono essere in teoria combattuti; in pratica infortunistica però la sua importanza va ridotta a molto modeste proporzioni. Intanto comincio a notare che gl'infortuni sono costituiti, nell'enorme maggioranza di casi, da lesioni chirurgiche: e per la cura e guarigione di queste, l'aiuto che può venire da un'influenza morale è generalmente, salvo qualche caso speciale, poco, per non dire affatto, sensibile.

In cure mediche importanti questo fattore morale meriterebbe certo maggiore considerazione: ma nel campo chirugico esso ci pare in complesso trascurabile.

In secondo luogo la pratica dimostra che la fiducia si volgerebbe più probabilmente *ad un corpo di medici più sperimentati* come sarebbe quello offerto in un sistema di scelta limitata, o di imposizione obbligatoria, dotati di mezzi opportuni, che non al solito medico di famiglia.

Anche col sistema attuale di piena libertà, io vedo, nel grosso centro industriale dove vivo, che l'infortunato si rivolge anche per le prime cure che non sono a suo carico, ad ambulatori, ospedali, o policlinici dove sa di trovare un'assistenza più perfezionata, e non ricorre al suo medico di famiglia. Si tratta quindi di offrire le cure tecnicamente migliori, con medici tecnicamente più preparari; e la fiducia in questi ultimi sarà un corollario spontaneo, anche se sarà mascherata da una disposizione di obbligatorietà.

Piuttosto ritengo che la questione sia delicata *nei rapporti dell'infortunato col medico fiduciario della Società di assicurazione* nella sua veste di medico, non tanto curante, quanto giudicante. Sono questi rapporti che in fondo determinano la ostilità della

classe operaia verso l'introduzione dell'obbligatorietà delle cure, almeno a giudicare da alcune dichiarazioni di magggiorenti delle organizzazioni sindacali.

Al Congresso di Torino dei medici infortunisti, fu udito uno dei dirigenti la Confederazione del lavoro esclamare: la questione dell'obbligo delle cure è per noi subordinata all'abolizione delle società private di assicurazione; e nei commenti che le « Battaglie Sindacali (1) hanno pubblicato sul Congresso è scritto « che per intanto non si può parlare di obbligatorietà delle cure sino a quando esiste il regime di concorrenza e di speculazione da parte dei vari Istituti assicuratori ». Ho cercato di approfondire le ragioni di questi timori, ed ho avuto al riguardo conversazioni con operai e con qualcuno dei loro rappresentanti più competenti in materia: e credo che esse si possano così riassumere: « Il medico fiduciario della Società di Assicurazione, incaricato delle cura degl'infortunati che dovrebbero a lui rivolgersi, ha interesse, o almeno tendenza, a negare la gravità della lesione per non oltrepassare il periodo di carenza, oppure a rimandare l'operaio al lavoro prima ancora che questi sia guarito per risparmiare sull'indennità temporanea. Egli non raccoglie con la necessaria diligenza gli elementi che hanno importanza, nei casi controversi, per stabilire la dipendenza dall'infortunio di postumi morbosi che possono verificarsi poi anche a distanza di tempo (uno dei miei interlocutori accennò veramente anche a volontarie omissioni nei referti, a dichiarazione di preesistenze insussistenti, od a mancate registrazioni di permanenze residuate per poterne escludere più tardi la dipendenza dall'infortunio: ma su questo terreno la discussione non poteva proseguire: si tratterebbe di infrazioni al Codice Penale, e ci vogliono, per ammetterle, prove e fatti, e non semplici supposizioni, che se anche per dannata ipotesi dovessero trovare conferma in un caso sporadico, si baserebbero sempre sopra una tale anormalità ed eccezionalità di avvenimenti, da non costituire un'argomento valido contro un provvedimento di ordine generale che fosse necessario per altre ragioni). Egli potrà valersi dell'influenza morale acquistata sull'infortunato durante il periodo di cura per prospettargli la li-

(1) N. 9. Anno IV.

quidazione del danno in senso favorevole all' Istituto assicuratore ».

Per riassumere, in una frase, le ragioni dell' opposizione, si può dire che si teme il fiscalismo più o meno interessato del medico-fiduciario dell'Istituto assicuratore.

Dichiaro che la mia conoscenza della mentalità e della condotta dei medici fiduciari degl'Istituti di assicurazione mi fanno ritenere questi timori grandemente esagerati, e del tutto infondati per ciò che riguarda la « sincerità » del provvedimento proposto; ma ammetto pure che siamo in un paese in cui lo spirito di diffidenza è molto vivace, e dove si crede facilmente, quando vi è contrasto di interessi, ai tentativi di sopraffazione e di imbrogli. E poichè è giusto tener conto di tutte le ragioni che possono rendere più indicato un provvedimento che l'altro, sarà bene tener presente, nel suo valore assoluto e relativo, questo argomento morale in favore della libera scelta del medico.

Vediamo però anche il rovescio della medaglia.

Lasciando a parte gl'inconvenienti *delle cure affidate a sanitari non sempre capaci*, inconvenienti sui quali avrò occasione di ritornare, e che costituiscono una valida ragione di critica della libera scelta del medico, vi è da considerare ai fini di un'equa attuazione dell'assicurazione, il danno che deriva dall'« indulgenza » dei medici a cui l'infortunato si può rivolgere. Di fronte al pericolo, per ora solo supposto, del fiscalismo del medico fiduciario dell'Istituto assicuratore, si contrappone il fatto certo, che chiunque vive nell'ambiente infortunistico ha dovuto constatare, della debolezza di certi medici curanti. Derivi essa da ragioni sentimentali, o da eccessivi scrupoli di sostenere una decisione in contrasto alle affermazioni del ferito, essa fa si che l'infortunato viene dichiarato guarito quando, si può dire, lo giudica lui, e non quando lo può arguire il medico in base alle sue constatazioni. Di fronte alla trascuratezza dell'infortunato nel farsi curare, e di fronte sopratutto ai suoi tentativi, talvolta in buona, più spesso in cattiva fede, di prolungare al di là del necessario la durata della malattia, é ben raro che il medico liberamente scelto dall'infortunato, trovi l'energia di richiamarlo al suo dovere, o di troncarne la speculazione. Tutt'al più cercherà di arrivare ad una transazione fra il suo « credo » scientifico, e la necessità di non disgustare il cliente. Ma qualche giorno di « sopra malattia » finirà sempre col venire scroccato

ai danni dell'Istituto assicuratore, ed in definitiva dell'economia generale dell'assicurazione.

Si noti che la posizione del medico scelto dall'infortunato può esser resa maggiormente delicata *dal segreto professionale* Potrebbe egli, ad es.: denunziare un caso di simulazione, o di autolesionismo e di aggravamento doloso, ed anche solo dichiarare che il suo cliente infortunato che si è presentato a lui nel tale giorno, era già realmente guarito qualche giorno prima? Io non so se potrebbe invocare « la giusta causa » per infrangere il segreto; (1) certo m'immagino che difficilmente vi sarà chi si risolva ad un simile passo, tanto più quando i suoi scrupoli possano essere facilmente addormentati dalla considerazione che l'Istituto dispone della facoltà di visite di controllo e quindi ...... affar suo.

Pertanto la libera scelta del medico può condurre indubbiamente ad inconvenienti per la miglior cura dell'infortunato, la quale cura nei rispetti della legge non può prescindere anche dai riflessi economici (indennizzi) che sono condizionati dalla malattia o dalle sue conseguenze. Lo scopo principale della legge, lo ripetiamo, dev' essere quello che realmente l' infortunato guarisca bene, col maggior grado possibile di reintegrazione professionale; ma si deve aggiungere: che guarisca anche nel minor tempo possibile. E questo non perchè si voglia difendere un'interesse tutt'affatto particolare dell'Istituto assicuratore, ma perchè la minor durata del danno si traduce in vantaggio per l'economia generale.

Del resto questo problema della libera scelta del medico curante va anche considerato sotto altri punti di vista che non sono di natura giuridico-morale, e che possono avere importanza e peso del decidere per una soluzione piuttosto che l'altra; e sono i punti di vista della convenienza tecnica ed economica, considerando per questa ultima gli interessi degli organismi che sostengono il carico delle cure, ed anche quelli dei medici come classe: ma questi punti verranno trattati nel capitolo che riguarda gli aspetti pratici del problema dell'obbligatorietà delle cure.

---

(1) Chiunque avendo (V. Art. 163 C. P.) notizia per ragioni del proprio stato od ufficio o della professione od arte di un segreto, che palesato possa cagionare nocumento, lo rivela senza giusta causa, è punito ecc.

Piuttosto sarà bene ricordare ancora in questo sommario studio degli aspetti giuridico-morali della questione, che la scelta più o meno libera del medico curante può essere discussa sotto altri due di questi aspetti. Uno ritorna ad essere il rispetto al disposto dell' art. 163 del Codice Penale che riguarda il *segreto professionale* ma nei riguardi del medico non scelto. Si può dire: se voi togliete la libera scelta del medico, voi venite necessariamente a togliere all'ammalato il presidio di questa difesa giuridica, perchè il medico fiduciario dell'Istituto che assume le cure (nella fattispecie supponiamo l'Istituto assicuratore) evidentemente non potrà nascondere quanto esso apprende sul reale stato dell'ammalato, anche se quello che egli riferisce può portare nocumento alle rivendicazioni dell'infortunato, od anche solo rappresenti un fatto che egli amerebbe tener nascosto agli altri. (Si pensi ad es.: ad una rivelazione di una infezione sifililitica, di un difetto corporale ecc.). (1)

Il quesito mi pare aver un'interesse giuridico oramai sorpassato. La nostra legislazione sugl'infortuni ha già colle sue disposizioni preso posizione contro questo diritto, quando all'art. 83 del Regolamento per la esecuzione della legge 1904 ha richiesto che il certificato dia notizie, sullo « stato » dell'infortunato; ed all'art. 150 di questo regolamento, ed all'art. 84 di quello per gli infortuni agricoli, ha fatto obbligo agli ospedali di rilasciare agli interessati copia dei documenti clinici; ed all'art. 88 del Regolamento per gl'infortuni agricoli ha imposto l'obbligo ai medici condotti ed ufficiali sanitari, di riferire, su richiesta dell'Istituto assicuratore, sulle conseguenze degl'infortuni rispondendo a « tutti i quesiti » a loro rivolti. Sopratutto dando facoltà all'Istituto assicuratore di eseguire visite di controllo medico, ha già evidentemente sottinteso che il segreto professionale non poteva obbligare il medico visitante a tacere tutto quanto egli aveva constatato, e che poteva essere utile al suo giudizio.

Nè si comprenderebbe come la legge potrebbe funzionare, se si volesse attenersi ad una rigida osservanza del disposto dell'art. 163, per il quale è da notare che come la legge sugl'in-

---

(1) Anche alla Società di Medicina legale di Roma si ebbe un'eco di questa questione, a proposito dell'assicurazione contro gl'infortuni agricoli. Vedi « *Atti* » della Società.

fortuni ha dovuto modificare e contraddire vecchie norme di diritto comune per l'interesse superiore che l'ha ispirata, così poteva anche limitare l'estenzione di una disposizione del Codice Penale che conserva la sua efficacia e la sua ragione per i casi per i quali doveva servire.

Del resto l'infortunato che ricorre ad un medico per essere curato, oltre alle cure, richiede anche a lui *testimonianza* (certificato) *del danno* che egli ha subito, e sa che allo scopo di ottenere l'indennità, è necessario che il suo stato venga descritto e riferito all'Istituto assicuratore. Egli non può esigere che tutti i fatti i quali possono concorrere a formare un giudizio esatto sulla natura, gravità e conseguenza della lesione, non vengano messi in luce. Colle reticenze, od omissioni volute, si verrebbe a trarre in inganno l'altro contraente. D'altra parte il certificato medico riveste carattere di *vero atto peritale*, e questo importa l'obbligo al compilatore di non tacere quello che la sua coscienza e la sua scienza gli dimostrano utili e necessari alla conoscenza della verità.

Brouardel ha scritto « Le praticien qui donne un certificat est en realité un expert, et c'est une veritable expertise qu'il devra faire pour répondre à l'ésprit de la loi ». Certo è bene che questi certificati, specialmente se contengono notizie delicate passino solo nelle mani dei medici. Piuttosto può essere più delicata la questione se vi sia obbligo di consegnare nel certificato esiti di constatazioni fatte sull'individuo, che è stato curato a titolo privato, prima o dopo il trattamento curativo dell'infortunato. Una sentenza del Tribunale di Parigi del 1906 (citata nella « Guide de médécin dans les accidents du travail di Fourgue e Jeambrau) risolve la questione in tal modo : Le médecin qui dresse le certificat destiné à être joint à la déclaration d'un accident de travail agit en vertú d'un mandal légal. Il peut donc être entendu dans une enquête sur tout ce qu'il a constaté, découvert ou a oppris au cours de l'accomplissement de son mandat legal. Mais, si soit avant, soit après, il a donné des soins à la victime à titre privé, il a le droit et le devoir de se retrancher derrière le secret professionel relativement aux choses parvenues à sa connaissance pendant cette périodé ». In pratica però la questione mi sembra avere importanza molto modesta, e che la conciliazione degl'interessi dell'assicurazione e del rispetto al segreto professionale possa ottenersi dal medico che

si trovasse imbarazzato a decidere, col richiedere la visita del medico fiduciario dell'Istituto, il quale avrà più libertà d'azione di fronte al dispositivo di legge.

L'altro aspetto giuridico è quello della *responsabilità per una colpa professionale* (negligenza, imperizia) *del medico curante.* L'accenno perchè potrebbe essere invocata come argomento in favore della libera scelta. Si potrebbe cioè sostenere che mancando la libera scelta, il datore di lavoro o l'Istituto assicuratore che ha alle sue più o meno dirette dipendenze il medico curante, viene costretto ad assumersi la responsabilità di tutti gli errori del medico stesso, e di tutte le conseguenze dannose che ne possono derivare alla gravità od alla durata della malattia, e relative ripercussioni negli indennizzi ; e che il forzare una persona od ente ad assumere questa responsabilità, che limita il suo diritto di corrispondere l'indennizzo solo per quelle che sono le conseguenze naturali, logiche, e non artificiose dell'infortunio, costituirebbe una soperchieria giuridico-morale.

La questione mi sembra avere più un'eleganza casuistica che valore sostanziale. Non ritengo che la responsabilità del medico per la « colpa giuridica » venga ad essere annullata qualunque sia la sua posizione di fronte all'ammalato ; sarà questione solo di vedere se egli dovrà rispondere direttamente all'infortunato, od all'Istituto che dovrà pagare il danno della sua grave negligenza od imperizia.

E poi se la legge per ragioni d'ordine morale, economico e pratico ritiene di dover imporre la limitazione o l'abolizione della libera scelta del medico curante, e con ciò aumenta da un lato la responsibilità del datore di lavoro o di chi per esso, non vedo come quest'innovazione possa essere tacciata di antigiuridica : in « jure condendo » possono variarsi i limiti degli obblighi e delle responsabilità (come furono ad es. variati recentemente i limiti dell'indennizzo economico) : sarà questione di opportunità, non di illegalità.

Un riferimento a questo problema sulla libera scelta del medico possiamo trovarlo *nell'assistenza sanitaria per i poveri.* Anche per questa venne sostenuto che si offendeva la libertà pei poveri e pei miserabili di tutelare la propria integrità fisica, col sistema della condotta. Il tempo ha fatto giustizia di queste preoccupazioni dottrinarie, le quali portate alle loro logiche conseguenze avrebbero dovuto permettere all'ammalato di sce-

gliere fra un ospedale o l'altro, fra i medici di uno stesso ospedale, o magari scegliere un medico estraneo all'ospedale che potesse entrare in questo a curare l'ammalato; avrebbe dovuto imporre di portare in ogni comunello almeno due medici (se no, addio libertà di scelta) e così via, giungendo ad una tale frantumazione disordinata di questo servizio d'assistenza che esso sarebbe diventato praticamente impossibile. Ma, osservava poi giustamente il Pieraccini che si è occupato di questo argomento, (1) non si tratta « dello schiacciamento di un diritto e nientemeno di un diritto innato indistruttibile quale quello della conservazione della propria esistenza » ma di un disciplinamento di una funzione pubblica, cioè a vantaggio di tutti gli aventi diritto alla propria conservazione.

Del resto in fondo da noi, a considerarla nella sua attualità, la questione della libera scelta del medico curante ha importanza molto relativa. Già nei luoghi dove vi è un solo medico (comuni rurali) il problema è risolto dal fatto. Dove vi sono centri industriali, la presenza di infermerie, ambulatori, ecc. creati dagli industriali isolati od uniti in consorzio, o impiantati da società private (Vigile e simili) o da associazioni mediche (Istituti medici per gl'infortuni di Milano, Napoli, ecc); o l'assistenza sanitaria fornita da ospedali e da Società di mutuo soccorso, offrono all'infortunato una disponibilità e possibilità di cure di cui egli si vale, *senza preoccuparsi del suo diritto di libera scelta*. Nel grosso centro industriale dove io vivo, si constata che gli operai infortunati si recano senza alcuna riluttanza agli ambulatori, affidandosi alle cure dei medici che trovano e che non scelgono.

Però credo opportuno un rilievo, ed è che questo stato di cose potrebbe modificarsi quando eventualmente fosse imposto l'obbligo al datore di lavoro o chi per esso di sostenere *le spese di tutte le cure*. È facile immaginare gl'interessi che potrebbero fermentare attorno a queste nuove condizioni: e come la questione della libera scelta potrebbe risvegliarsi dall'attuale quiescenza, ed assumere nuovo vigore di discussione, per la quale

---

(1) Pieraccini. « *L'organizzazione sanitaria in rapporto alle cure a domicilio ed alla ospitalizzazione, sia come fatto attuale, sia come tendenza a forme piu complete di assistenza medica individuale e di difesa sociale dalle malattie infettive-contagiose* ». Ramazzini. Anno IV. Fasc. 6, pag. 340.

naturalmente non si avanzerebbero le reali preoccupazioni di interesse particolare, ma si porrebbero avanti le questioni giuridiche e morali. Ed anche per questo non sarà stato inutile l'a verne già, per quanto sommariamente, discorso.

Se poi interroghiamo la nostra *legislazione infortunistica* per aver norma sui criteri seguiti in queste questioni, noi constatiamo che essa ha adottato un provvedimento non favorevole alla libera scelta, nelle disposizioni dell'art. 118 del Regolamento per l'esecuzione della legge 1904 là dove esonerando il datore del lavoro dall'obbligo di provvedere alle spese della prima cura, se ha organizzato un suo servizio particolare di assistenza, ha indirettamente coercito l'infortunato a valersi di questo servizio, per non perdere il beneficio della gratuità di queste prime cure. È vero però altresì che questa limitazione di scelta non è stata spinta al di là delle prime cure, perchè nel susseguente articolo 119 lo stesso Regolamento esige, già per il ricovero in infermeria, il consenso dell'infortunato, Nelle leggi e regolamenti successivi per gli operai delle zolfare, delle miniere, della Libia, e per gli agricoltori (1) introducendo un'obbligatorietà di cure più o meno estesa da parte dell'operaio, ha portato necessariamente un'altro colpo alla libertà di scelta, per quanto limitata dal fatto che l'Istituto assicurato non ha obbligo, ma facoltà di sottoporre l'infortunato a determinate cure.

Se esaminiamo invece le legislazioni straniere (2) vediamo che salvo la Francia e l'Inghilterra, e con qualche eccezione il Belgio, negli altri Stati la libertà di scelta è subordinata al consenso del datore di lavoro o dell'Istituto assicuratore, perchè questi hanno diritto di intervenire con visite e cure indicate dai propri fiduciari : oppure la cura dipende nei periodi iniziali delle malattie dalle Casse-Malattia che dispongono pure di loro medici fiduciari.

C) - Limiti dell'obbligatorietà delle cure.

È questo il lato più discusso della questione sul quale battagliano più volentieri gli oppositori e che concentra per il grosso pubblico, ed anche per molti degli studiosi, tutto l'interesse del

(1) Vedi Capitolo sulla Legislazione italiana.
(2) Vedi Capitolo sulla Legislazione straniera.

problema dell'obbligatorietà delle cure, il quale viene anzi ridotto e tradotto in questa semplice espressione : si possono, o non, imporre le operazioni chirurgiche ?

Prima di giungere a questo punto che interessa prevalentemente il gran pubblico, sarà bene considerarne altri che si riallacciano alla questione, e che hanno importanza non trascurabile.

Uno di essi riguarda il *limite di tempo*, nei rispetti delle cure, a *cui si può e si deve spingere l'obbligatorietà.* Potrebbe da alcuni interpretarsi la cura come quel provvedimento che finisce colla guarigione anatomica della lesione, e sostenersi che l'obbligo dell'infortunato di sottoporsi ad essa, debba esaurirsi con questo termine. È appena necessario accennare che con tale concezione, gran parte degli effetti benefici che si attendono da questa riforma della legge verrebbe ad essere frustrata, perchè è sopratutto sulle conseguenze dannose alla funzione lavorativa residuate dopo la guarigione anatomica che bisogna poter agire, onde raggiungere lo scopo della maggior restaurazione funzionale e del minor danno economico.

Non vi devono essere limiti di tempo alla possibilità di interventi miglioratori, anche quando si è già proceduto al riconoscimento di danni a carattere di permanenza (la qual norma troverebbe valido appoggio in quel sistema di indennizzo in rendita e non in capitale, salvo casi speciali, che per questa ragione, ed altre che non è il caso di accennare perchè si andrebbe fuori di argomento, è sostenuto ormai da molti studiosi e pratici come auspicabile riforma della nostra legge). La legislazione tedesca, che più di ogni altra è scesa a specificazione di norme per regolamentare l'obbligo di cure da parte dell'infortunato, ha adottato il termine di « Heilverfahren » trattamento o procedimento curativo, che importa in sè questa logica elasticità di durata. Fin dai primi anni che la legge era andata in vigore, il Reichsversicherungs Amt. (R. V. A. Tribunale supremo delle assicurazioni) ha fissato i termini interpretativi dell'Heilverfaherm, che hanno poi costituito norma immutabile (1) : « esso consiste in tutte quelle pratiche ed in tutti quei procedimenti curativi che tecnicamente si ritengono

(1) Vedi Amtliche Nachrichten des Reichs Versicherungs Amtes 1891, pag 211.

necessari per conseguire quel ristabilimento organico e funzionale dell'individuo leso che per quanto è possibile, si avvicini allo stato normale ». E l'Handbuch der Unfallversicherung (pag. 281 – 2ª edizione) precisa che « il trattamento curativo si può considerare come tuttora in corso, quanto si possa pur sempre nutrire la speranza che nelle conseguenze di un infortunio si possa conseguire un miglioramento ».

Questo procedimento curativo si estende quindi a tutti quegli interventi terapeutici come massaggi, elettro ed idroterapia, ginnastica medica, ecc. che succesivamente alla guarigione anatomica si giudicano opportuni per affrettare o migliorare la restaurazione funzionale. Ed anche quando è poi stata assegnata una rendita, come recitano le disposizione che abbiamo riportato nel capitolo riguardante le legislazioni straniere, se vi è a sperare un sensibile miglioramento con una ripresa delle cure, è sempre fatta facoltà all'Istituto assicuratore di ricorrervi, con conseguente obbligo dell'infortunato a sottostarvi.

Queste norme ci sembrano risolvere egregiamente la questione del limiti di durata, e riteniamo che l'estensione dell'obbligatorietà delle cure *fino al tempo in cui vi è fondata presunzione di ottenere un sensibile miglioramento*, risponde ad una necessità pratica e morale che possa essere tradotta in disposizione legislativa senza alcuna inconveniente di natura giuridica o morale.

Un altro lato della limitazione da apportarsi all'obbligatorietà delle cure, può essere quello che riguarda la *considerazione dei rapporti famigliari*. È umano, e diremo meglio, politicamente e socialmente utile, che essi siano salvaguardati per quanto è possibile, e che il conforto morale che da essi può derivare all'infortunato, sia per quanto possibile mantenuto. Non è necessario, ed è anzi dannoso il volerli trascurare sistematicamente, imponendo, ad es. l'obbligo in qualunque caso di entrare in un ospedale od altro luogo di cura, anche quando lo scopo del trattamento curativo può essere bene conseguibile e conciliabile colla permanenza dell'infortunato in famiglia. Sol quando l'interesse delle cure rende necessario il suo distacco, sarà opportuno, e giuridicamente e normalmente fondato, in vista dell'interesse generale, passare sopra ed oltre a questi che possono essere spiegabili e non disprezzabili bisogni sentimentali.

Anche su questo terreno le disposizioni della legge tedesca (le quali furono copiate da altre legislazioni, Danimarca, Ungheria, Olanda, Lussemburgo, ecc.) circa il consenso o meno dell'infortunato al ricovero in luoghi di cura ci paiono giuridicamente e moralmente ineccepibili, ed armonizzantesi con opportuni temperamenti cogli scopi di interesse sociale che devono ispirare la risoluzione della questione dell'obbligatorietà delle cure.

Una questione di limitazione nell'obbligo di cure, che derivi dalla natura del trattamento curativo, non ci pare possa essere affacciata in linea di massima per tutto quel gruppo di interventi terapeutici (per i quali abbiamo visto più sopra non essere consigliabile limite di durata), che con mezzi incruenti portano un valido aiuto alla reintegrazione della capacità lavorativa. Alludo alle *cure di ginnastica, d'idroterapia, di elettrorapia, di massaggi*, ecc. La loro utilità non ha bisogno di essere dimostrata specialmente nel campo dell'infortunistica, ed avremo occasione più avanti anche noi di metterla in rilievo, Si può obbiettare contro la loro inclusione nelle norme obbligatorie di cura, che esse possono nella loro applicazione cagionare sofferenze all'ammalato. L'obiezione ci porta alla considerazione di uno degli elementi che fu, e può essere, invocato, come limitatore degli obblighi di cure : *il dolore.*

Possiamo noi imporre dei procedimenti curativi che infliggano sofferenze al paziente ? Una pregiudiziale, diremo così, di ordine sentimentale ci spingerebbe tutt'a prima a rispondere negativamente, e tanto più quando si rimpicciolisse il problema ad un puro dibattito di interessi economici fra l'Istituto assicuratore e l'operaio infortunato, come vi ha ancora tendenza a considerare tutte queste questioni connesse al risarcimento del danno. Perchè si dovrebbe coartare l'innegabile diritto individuale di difendere l'integrità dal proprio corpo (e la sofferenza *è* un'offesa ad essa), al solo scopo di diminuire il quid di indennizzo ? Perchè, oltre al danno sulla persona, la vittima d'un accidente, deve sopportare ancora dolori per fare il vantaggio di chi deve pagargli un danno ? Qui non abbiamo un'equazione che potrebbe ancora essere comprensibile : dolore per avere denaro ; ma addirittura il rovescio : soffrire per perdere denaro.

Ma la questione non può e non deve essere impostata e risolta in base a queste semplicistiche ragioni sentimentali. Basterebbe

spingerle alle loro logiche conseguenze, per comprendere come nessuna cura sarebbe possibile ; perchè non vi è procedimento curativo, anche nella sua più semplice espressione, come detersione, lavaggio, medicazione di qualsiasi ferita, che non porti con se un quid, anche minimo, di sofferenza.

Il buon senso, e l'istinto stesso della nostra conservazione ci porta in pratica a sorpassare sopra questa, si può dire generale e inscindibile, appendice delle cure fisiche. Dovrebbe solo questa pregiudiziale avere valore per i casi di infortunio ? dovrebbe essere sfruttata (uso la parola senza alcun significato peggiorativo, e cioè presupponendo la buona fede) per fatti e circostanze, solo perchè dipendenti da un infortunio risarcibile, che ripetono quelli dei comuni e frequenti casi della vita quotidiana, dove nessuno, a meno che sia bambino di anni o di mente, si trattiene dalla cura della propria salute per timore di qualche sofferenza (eccezione fatta naturalmente per i casi di notevole gravità) ? Noi sentiamo che questo comportamento nasconderebbe male, nella maggior parte dei casi, il desiderio di applicare pesi e misure diverse alla cura della propria salute. E di fronte all'interesse superiore, sul quale abbiamo insistito, che va congiunto alla protezione della salute collettiva, questa « negligentia » che si contrappone all'instintiva e consuetudinaria « diligentia », ci appare non difendibile, e non tollerabile. Come riteniamo essere giusto che genitori si impongano al bambino ricalcitrante ed irragionevole, perchè sopporti le medicazioni necessarie alla sua guarigione, così vediamo la funzione della società nei confronti dell'individuo.

Il che non vuol dire che non vi devano essere limiti per l'obbligo di sottostare a cure dolorose. Specialmente quando ci troviamo di fronte a conseguenze disgraziate di cure, che pure l'infortunato ha praticato con ferma volontà, e si richiede da lui un prolungamento od un ritorno di gravi sofferenze per cercare di migliorare la invalidità residua, noi sentiamo che il sacrificio che abbiamo chiesto al diritto individuale di sottoporsi alle esigenze del diritto sociale, ha raggiunto i suoi limiti e che siamo di fronte ad una di quelle interferenze che il Borri (1) ha illustrato e per

(1) Vedi « *Parallelismi ed interferenze di rapporti giuridici nell'ambito delle leggi di tutela contro i danni del lavoro* ». La medicina degli infortuni del lavoro. n. 8, 1909, pag. 244.

la quale si debbono considerare le esigenze rispettive del diritto privato e del diritto pubblico.

È certo che in pratica la questione non si presenta facile a risolvere, anche perchè il dolore come fatto soggettivo può presentare variazioni individuali notevoli ; e criteri generali discriminativi di valutazione oggettiva non si possono fissare : ma non è detto che per ciò ci manchi la possibilità nel caso particolare, e tenendo conto di tutte le circostanze che l'accompagnano, di emettere un *giudizio di tollerabilità od intollerabilità fisica e psichica*, basato su quei criteri di approssimativa certezza scientifica che devono forzatamente venire ammessi in questa, come in altre materie di giudizio umano in genere, e medico in specie.

Ma come non è giusto che si comprimano troppo violentemente i diritti individuali, troviamo pure ingiusto che si lasci il passo a tutte le irragionevoli apprensioni, alle inerzie dannose, ai mascherati tentativi di sfruttare economicamente l'infortunio, rifiutando, perchè asserite dolorose, quelle cure (a cui magari poi si ricorre spontaneamente una volta che si è ottenuto l'indennizzo), e permettendo che un danno eliminabile si tramuti in una invalidità immodificabile.

E poichè per ritornare al punto di partenza, le cure masso terapiche, o ginnastiche o elettro idroterapiche, ben difficilmente, salvo casi eccezionali, possono importare gravi sofferenze, ed hanno viceversa rilevanti effetti benefici per la reintegrazione funzionale, riteniamo giusto e giuridicamente fondato, che la loro richiesta applicazione sia di regola considerata come obbligatoria da parte dell'infortunato. Il limite imposto dal dolore, per essi come per altri trattamenti curativi in genere, potrà giuridicamente essere fissato necessariamente solo in una formula di principio, ed anche, se si vuole, un pò vaga come ad es. : quello della « fondatezza » della « ragionevolezza » della « sopportabilità » del procedimento curativo : sarà poi opera del giudice e del pronunciato (unico o collegiale, od arbitrale che si voglia) peritale, in caso di controversia, di stabilire se nel caso particolare sussistano le condizioni di applicabilità o meno del disposto legislativo.

La giurisprudenza tedesca che ha dovuto ripetutamente, più che qualsiasi altra, pronunziarsi su questioni relative al grado di sofferenza compatibile coll'obbligatorietà delle cure, è ricorsa

nei suoi giudicati a concetti di relatività, che sono espressi dalle frasi « alcuni dolori » (einige Schmerzen) « non notevoli dolori » (nicht nennenswerte S.) « certi dolori » (gewisse S.) « non insopportabili dolori » (ungebürlichen S.) ecc. (1). Ha anche emesso decisioni che riguardano il caso di cure con massaggio, giudicando che esse non sono di regola legate a pericolo per il corpo o la vita, od a inaccettabili dolori, e perciò devono essere eseguite ; (2) di cure elettriche e ginnastiche adottando motivazione analoga ; (3) di trattamento medico meccanico che la sentenza dice essere di grande importanza per il miglioramento dell'invalidità, per cui fa obbligo all'infortunato si sottoporsi ad esso e di soffrire gli annessi dolori (Die Duldung der dabei enstehenden Schmerzen kann dem Verletzen wohl zugemut werden). (4)

In questi giudicati le conclusioni sono naturalmente applicate ai casi particolari, previe considerazioni sulle condizioni individuali e sulle circostanze di fatto, che sarebbe inutile e troppo lungo riportare.

Ma il punto centrale, più cognito e più discusso, della questione dell'obbligo delle cure da parte dell'assicurato è quello che riguarda le

Operazioni chirurgiche.

Basta enunciarlo in un'accolta di studiosi o di pratici delle assicurazioni, perchè prorompano i « si », « no », spesso ardenti ma non sempre dettati da una visione calma e completa del problema. Noi lo consideriamo senza preconcetti teorici e sentimentali.

Il primo rilievo che si può fare è quello che la questione *non investe praticamente un numero rilevante di casi*; anzi ritengo che i casi in contestazione sarebbero molto pochi. Intanto è da escludere la necessità di una discussione per tutti gli interventi che si rendono subito necessari dopo l'infortunio, e che costi-

(1) Vedi Rekursentscheidungen des Reichsversicherungsamtes. Vol. II, V, VII, VIII, IX ecc.

(2) Vedi id. VII, n. 52 del ricorso IX, p. 338.

(3) Vedi id. Vol. VIII, n. 6.

(4) Vedi Id. Vol. VII, n. 199.

tuiscono il maggior numero di interventi chirurgici operativi per le cure degli infortunati. Io ho visto migliaia di infortunati presentarsi alle infermerie, agli ambulatori, agli ospedali : non ho visto quasi mai rifiutare l'operazione piccola o grande che il chirurgo avesse proclamata necessaria od urgente. Il ferito, ancora in preda all'emozione suscitata dall'accidente, tormentato dal dolore, è solo preoccupato di far cessare la sofferenza e di ritornare in salute, di evitare complicazioni per la guarigione, o magari pericoli per la sua vita ; non discute, e consente sempre alla misura proposta dal curante, sia essa una sutura, una regolarizzazione di un moncone, un'amputazione, la riduzione di una frattura o di una lussazione e così via. In qualche raro caso si può constatare la riluttanza per un atto operativo, anche di poco conto : si tratta di individui eccessivamente pavidi od indecisi. o spaventati dalla parola « operazione » che vorrebbero lasciare lo stato della parte inalterato, sperando che le cose si rimettano senza l'opera del bisturi o delle forbici ; ma anche questi con un po' di pazienza, o ricorrendo all'anestesia locale, si riesce quasi sempre a persuaderli, ed essi finiscono coll'acconsentire che il medico secondo la sua coscienza e scienza appresti le cure che crede opportuno. Sono rarissimi i casi in cui non si venga a capo di un rifiuto, per il quale si può essere quasi sicuri che non è dettato da propositi di sfruttamento economico della lesione, ma da un'irragionevole paura dell'intervento operativo. (1)

È piuttosto *in un tempo successivo*, quando le preoccupazioni per la salute hanno ceduto il passo al lavorio mentale che in buona o cattiva fede si organizza attorno all'idea del rendimento economico della lesione, che i rifiuti possono farsi tenaci, e condurre anche al proposito di ostacolare più che con manovre attive, con la semplice inerzia e mancanza di cooperazione

---

(1) Si può considerare assolutamente eccezionale il caso che ebbe a giudicare il Tribunale di Rennes il 10 dicembre 1901 di un operaio che riportò sul lavoro una lussazione alla spalla sinistra completamente guaribile, ma che rifiutò energicamente a due riprese diverse le cure che gli si offrirono e resistette a tutti i consigli che gli si porgevano ; ne residuò un'invalidità permanente per cui fu negato dal Tribunale ogni diritto a indennizzo, essendo come dice la sentenza, la sua incapacità un risultato esclusivo della sua incuria e del suo cattivo volere. (Caso riportato da Sachet Traité de la legislation sur les accidents du travail. Vol. I, pag. 232.

all'opera del curante, la migliore restaurazione della danneggiata funzionalità. Allora si lascierà che le cose vadano per il loro verso, si eviterà ogni sforzo, tanto più se anche solo un po' doloroso, per migliorare la mobilità della parte offesa ed impedire che si stabilisca in essa un disturbo funzionale, ed ostacolare l'instaurarsi di una posizione viziata ; si peserà in anticipo il valore del danno residuabile ; e nell' alternativa di sottoporsi ad un atto operativo, che sarà bensì utile per un miglioramento della funzione ma che non è piacevole, e che potrebbe diminuire o sopprimere l'indennizzo per la invalidità permanente ; o tenersi invece lo storpio, la rigidità, la cicatrice, la posizione viziata, ecc. che sarà noiosa, e magari dolorosa, e diminuisce la capacità del lavoro, ma che vuol dire anche la prospettiva, attualmente, di incassare qualche migliaio di lire, la scelta non è mai di regola, dubbia ; si preferiscono i quattrini e si tiene in serbo la speranza che col tempo e la buona volontà, che comparirà poi a procedimento liquidato e esaurito, e magari con l'atto operativo che ora si rifiuta, anche il danno funzionale potrà essere cancellato.

Io non credo di associarmi a coloro che da questo stato di cose derivano conclusioni e grosse parole di « sfruttamenti sistematici dell'assicurazione ; di frode generalizzata » e così via ; io penso per quel che conosco della psicologia umana in genere ed operaia in ispecie, che il processo mentale che ho accennato sia in fondo, diremo, piuttosto naturale, e che non deriva in gran numero di casi da vero e deliberato proposito di agire in frode della legge. L'infortunato non crede di far male se accetta i deliberati del destino, e si meraviglia che si chieda a lui un atto, che può essere più o meno rischioso, non mai piacevole, e proprio per togliergli o diminuirgli quello che è stata la fortuna della sua disgrazia. Che se poi qualche piccolo rimorso della sua coscienza lo avvisasse che veramente egli avrebbe potuto con un po' di buona volontà evitare quel danno che ora gli si deve pagare, o che il danno presente non arreca realmente tutti quei disturbi che egli afferma, lo farà tacere pensando che in fondo si tratta di un affare privato fra lui, che è povero, ed un istituto che è ricco ; che in commercio è buona regola tirare il più che si può ; quando poi addirittura non s'abbranchi a qualche imparaticcio demagogico di ribellione allo sfruttamento dei lavoratori, ed altre cose di questo genere. Sensibilità morale scarsa,

si dirà, e sarà vero ; ma psicologia comprensibile ; non dico giustificabile e tanto meno lodabile, ma che anzi si deve combattere e cercare di modificare. Va da sè poi che non meritano alcun attenuante, i casi di chiara e consapevole speculazione ; ma per gli altri ricordiamoci che l'elevarsi nella sfera superiore della comprensione esatta e disinteressata dei limiti del nostro diritto in confronto al diritto altrui, e del nostro interesse di fronte a quello della collettività, non è cosa frequente ad incontrarsi. È vero che per agire rettamente non c'è bisogno di salire ad atti di eroismo, e che si può pretendere da ognuno che nella sua sfera agisca da galantuomo ; ma teniamo conto della diffusione di certe stortaggini di pensiero e di morale, e cerchiamo di guarirle.

In questo campo delle cure degli infortuni è certo che « la ragione morale » è per una volonterosa cooperazione dell'infortunato nell'attenuare il danno residuato ; per il dovere morale che egli ha verso la sua salute, verso gli interessi della collettività ed anche verso il rispetto di quel diritto che il responsabile del danno possiede, il quale diritto vuole che non siano anormalmente aggravate le conseguenze del danno stesso.

Questo dovere morale si spinge fino al punto di dover accettare un atto operativo ? e può una norma giuridica fissarlo ? e fino a qual limite ? Questi sono gl'interrogativi che riassumono la questione.

Gli oppositori intransigenti di ogni obbligo per atti operativi di qualsiasi grado e natura si appellano al diritto morale e giuridico della libera disposizione del nostro corpo e della salute. Abbiamo già veduto in un capitolo precedente come colle concezioni moderne del diritto sociale, questo principio abbia già avuto delle incrinature e delle limitazioni. Ma si sente dire: nessuna imposizione però è giunta fino al punto da sorpassare il limite che dev'essere sacro, della integrità fisica del nostro corpo. Nemmeno per necessità così impellenti e così eccezionali, come erano quelle dello Stato in guerra, si è creduto di emanare l'obbligo di atti operativi che togliessero e diminuissero l'inabilità al servizio militare.

È vero : anche *durante la guerra* non si è preso simile misura : non si è creduto di rompere una tradizione giuridica : forse si è fatto omaggio alla ragione sentimentale che ci rendeva riluttanti a far soffrire un individuo, già disgraziato, per ridar-

gli la robustezza e poi inviarlo sul campo a correre il rischio di perdere la vita. Ma non sono anche allora mancate voci che hanno protestato per questa libertà illimitata di sottrarsi ad ogni obbligo curativo; (1) e la nostra coscienza non ha certo approvato quegli individui che sfruttavano una imperfezione eliminabile, per sottrarsi al loro dovere verso la patria in pericolo. Ma anche nel campo militare si è sentito il bisogno di difendere almeno le ragioni dell'economia nazionale di fronte agli sfruttatori della pensione, e si è introdotto nel decreto 1 maggio 1916 sulle pensioni di guerra (Vedi Appendice al capitolo 1°) la sanzione della perdita o della diminuzione proporzionale della pensione per il militare che si è rifiutato, senza giustificato motivo, all'atto operativo che gli avrebbe ridato la salute o diminuito l'invalidità. Non si può negare che l'« Arca Santa » del diritto illimitato ed insindacabile di disporre del proprio corpo e della propria salute non abbia ricevuto un altro colpo demolitore.

E del resto il « non aver fatto » non sarà mai una ragione per escludere il « fare ». Niun dubbio, scriveva il Borri nella sua memoria già citata: « che esigenze di diritto nuovo non possano « imporre deroghe dal diritto comune in quanto concerne il « summum jus » di cui è soggetto e oggetto ad un tempo la per- « sonalità, dell'incontestabile padronanza della propria persona ! « Ma niun dubbio, del pari, che questo diritto privato abbia in- « terferenze col diritto pubblico e che, quindi, se ne debbano « conciliare le esigenze corrispettive ».

Ma i difensori intransigenti del diritto sulla persona si fanno forti della natura innata di questo diritto reale, per proclamare che la loro tesi è giuridicamente inattaccabile e che la *limitazione di questo diritto sarebbe anti giuridica.* Ed aggiungono: vedete che anche la giurisprudenza di quella nazione, che pure per la prima ha introdotto l'obbligo delle cure per parte dell'assicurato, si è affermata contro l'obbligo di sottostare ad un atto operativo, perchè questo obbligo è giuridicamente insosteniblie.. Esaminiamo pure questa giurisprudenza, tanto più che essa ci

(1) Vedi per es. l'interpellanza Golgi al Senato - aprile 1917 - ed il voto del Congresso dei Chirurghi a Bologna che reclamava l'abolizione dell'ernia come causa di inabilità al servizio, con l'obbligo di sottostare all'atto operativo con cui si cura.

permette di mettere in rilievo le ragioni giuridiche che sono portate in favore del rifiuto delle operazioni, e vedremo che il conforto alla tesi intransigente non è quale l'opinione corrente ritiene.

È certo che per molto tempo il giudicato, che fu detto fondamentale, del R. V. A. n. 1213 (1) ha fatto testo.

Esso contiene la motivazione della giurisprudenza del R. V. A. di cui riporto il punto essenziale: « Ogni operazione « appartenga essa più propriamente al trattamento curativo « (Heilvefahren) o sia destinata ad un miglioramento della ca- « pacità lavorativa, richiede incondizionatamente il consenso « dell'infortunato. L'accordare questo consenso è un suo libero « diritto sul quale nè la legge nè la « Corporazione Industriale » « (Berufgenossenschaft) nè alcun altro può esercitare un'azione. « Per le operazioni piccole e senza importanza è la stessa cosa « che per le grandi e pericolose, perchè le conseguenze di ogni « intervento operatorio, ed il corso di ogni trattamento di « ferite, è dipendente da contingenze che non si possono « prevedere. Se una cloroformizzazione (narcosi o semplice « stordimento) sia necessaria o meno per l'operazione, ciò è in- « differente, perchè anche l'operazione senza narcosi importa « di regola conseguenze sulla resistenza fisica e morale che fuo- « riescono dal normale, e dalle quali facilmente possono derivare « pericolo per il sistema nervoso e per lo stato psichico del pa- « ziente, tanto più se il medesimo sia di sua natura timoroso o « già indebolito precedentemente agli effetti dell'infortunio. (2)

---

(1) Vedi Amtliche Nachrichten des Reichsversicherunsamtes 1893 pag. 159.

(2) In base a questa giurisprudenza furono parecchi i giudicati favorevoli al rifiuto di un'operazione. È abbastanza interessante a questo proposito una statistica raccolta dal Kaufmann e da lui pubblicata nel suo « *Handbuch der Unfallmedizin* » (Vol. I, pag. 48. 4ª edizione) di operazioni rifiutate con l'approvazione del R. V. A.: Tatuaggio della cornea, pupilla artificiale, forzato piegamento di un braccio, resezione del gomito sinistro, operazione di pseudoartrosi all'avambraccio, rottura di un avambraccio già fratturato e mal guarito, asportazione di un moncone osseo appuntito, amputazione dell'indice destro, asportazione della falange ungueale del pollice sinistro, dell'anulare destro, del mignolo sinistro, osteotomia del malleolo; operazione per lussazione dell'astragalo in avanti, escisione di cicatrice ed innesto cutaneo, innesto cutaneo su un moncone

Come si vede la base del ragionamento è costituita essenzialmente da due concetti, che si vedono del resto ripetuti nelle altre sentenze del R. V. A. in questioni analoghe: uno è di natura prettamente giuridica ed è quello che la libertà di disporre della propria salute e della vita non soffre limitazioni per nessun motivo; l'altro è una ragione di fatto, che cioè anche le operazioni asserite come non pericolose non si possono mai dichiarare assolutamente innocue. E qualche giudicato precisa che se questa latitudine lasciata all' infortunato può ledere l' interesse dell'Istituto assicuratore, ciò non costituisce un fatto che si possa mettere in correlazione col diritto individuale di disporre della propria persona.

Questa giurisprudenza si è mantenuta per parecchi anni costante, ed ebbe la conferma di quella del Tribunale Supremo dell'Impero che ebbe a decidere su ricorsi per casi analoghi.

Il 30 maggio 1913 però il « Reichsgericht » Terza Sezione emanava una sentenza che sollevò grande rumore e che variava i criteri fino allora seguiti.

La sentenza (1) nella sua « motivazione » dice che « prima d'ora si è sempre seguito il vecchio, strettamente unilaterale ed individualistico concetto dell'illimitato libero diritto di disposizione del proprio corpo, per cui in nessun caso può sussistere l' obbligo a sottoporsi ad un' operazione per diminuire il danno a carico del responsabile ». Ma prosegue la sentenza:

« *Il libero diritto del leso di liberamente decidere sul proprio* « *corpo deve almeno finire là dove il suo esercizio rappresenta uni-* « *camente ostinatezza od indelicato egoistico sfruttamento della* « *responsabilità dei terzi* (Wo seine Ausübung lediglich Eigensinn « oder rücksichtlose, selbsüchtige Ausnutzung der Haftug der « Schädenersatzpflichtigen darstellt). Esso non può venire usato « ad assicurare i mezzi di una vita oziosa, ad un ferito la cui ca- « pacità lavorativa potrebbe essere ripristinata in seguito ad una « operazione senza pericoli e notevoli dolori; ciò riguarda la

---

di coscia amputata, asportazione di una cicatrice del piede ed innesto, puntura ed iniezione di iodio in una sacca di idrocele.

(1) Vedi Aerztliche Sachverstandige Zeitung 1914 n. 2, pag. 33 oppure Zeitschrift Medizinal Beamte n. 2, 1916. Si trattava di un decoratore al quale per una medicazione con acido fenico puro, era rimasta una deformità e rigidità del mignolo. Si proponeva l'amputazione del dito.

« buona fede (Treu und Glauben), un principio fondamentale al quale sottostà anche il diritto al risarcimento ».

La sentenza si richiama anche a quale sarebbe il comportamento di una persona di buon senso nelle contingenze analoghe della vita comune. Essa fissa le seguenti quattro condizioni perchè possa essere dichiarato l'obbligo di sottoporsi all'operazione :

1°. *L'operazione deve essere senza pericolo.* Con ciò « non « è da richiedersi l'impossibile garanzia che un esito disgra« ziato possa essere assolutamente escluso. L'operazione dev'es« sere senza pericoli nel senso, come lo stato attuale della « scienza permette di parlare, cioè in quanto imprevidibili « circostanze non possano portare con sè un pericolo. E così di « fronte ad un'operazione che si può eseguire con pura ane« stesia locale, stanno quelle che richiedono la narcosi clorofor« mica : per queste ultime non sussiste obbligo di operazione « perchè la possibilità di un esito letale, con sicurezza, malgrado « l'esame preventivo del paziente, non si può escludere.

« 2°. *L'operazione non può essere accompagnata da note« voli* (nennenswerten) *dolori.*

« 3°. *L'operazione deve portare « con sicurezza » un consi« derevole miglioramento* (berträchtliche Besserung) *della capa« cità alle occupazioni* e cioè un completo ripristino, od almeno « un grande rafforzamento della capacità lavorativa (eine sehr « erhebliche Steigerung der Erwerbsfâhigkeit).

« 4°. *Il responsabile deve o far eseguire l'operazione per « suo conto, o rimborsare al leso le spese dell'operazione che egli* « si farà eseguire. L'operazione dev'essere eseguita in luogo ap« propriato e da persona esperta.

La sentenza finisce collo stabilire che nel caso di cattivo esito dell'operazione, e dell'insorgenza di un nuovo danno, la responsabilità ricade su chi era tenuto a risarcire il danno primitivo.

Questa sentenza fu oggetto di numerosi commenti, fra cui notevole per l'autorità del nome, e per la carica che occupa di presidente di sezione del R. V. A. quello del Radtke. (1) Egli

---

(1) Radtke. Die Frage der Verpflichtung Unfallverletze zur Duldung von Operationem. Aerztliche-Sachwerstandign zeitugen 1914, n. 15 pag. 319 e segg.

ne prende occasione per notare che già il R. V. A. aveva riconosciuto l' obbligo all' infortunato di sopportare cure che sono legate a qualche dolore, come oltre la pulizia delle ferite, le suture, massaggio, uso di apparecchi, il taglio di ascessi, ecc.

Solo le operazioni che « interessano l'esistenza o l'incolumità (Bestand und Unverserhrtheit) del corpo, o la cloroformizzazione o simili mezzi di narcosi che non possono essere assunti senza pericolo » non devono essere imposte. Ma si dichiara incline a riconoscere che in questo campo non si deve fare questione di principi giuridici, bensì di considerazioni pratiche. Riconosce come sembri immorale, dati i grandi progressi della tecnica chirurgica e la non pericolosità di certe piccole operazioni (ad es : sulle dita della mano o dei piedi) che vi siano infortunati che si rifiutino di aumentare la loro capacità lavorativa, e ciò nell'interesse della salute sociale. Non crede che si possano stabilire norme fisse per la risoluzione della questione nè tanto meno giungere a classificazione per gruppi o categorie di operazioni obbligatorie o non obbligatorie ; ma che si deve basare il giudizio sulle particolarità di ogni caso. La questione, egli dice, la devono risolvere la scienza medica e l'esperienza. E ricorda la parole del presidente del R. V. A. Kaufmann, il quale si domandava nel suo libro « Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeitversicherung, (1) se non era il caso nelle decisioni giudiziarie di preoccuparsi, più che per il passato, della miglior eliminazione del danno, in confronto dell' interesse dell'infortunato e del suo diritto sulla propria persona.

Questa nuova corrente di idee si faceva strada nei giudicati successivi del R. V. A. e per citarne uno solo, in quello del 22 marzo 1917, che riguardava un infortunato il quale si opponeva alla richiesta dell'Istituto assicuratore di subire un'operazione di innesto cutaneo. Si legge nella motivazione : « Il collegio giudicante riconosce che in certe circostanze possa essere questione, se avuto riguardo ai progressi della scienza medica e specialmente del campo chirurgico, sia ancora giusto in ogni caso far dipendere dal consenso dell'ammalato un atto operativo che interessa lo stato e l'incolumità della persona ». E attenendosi ai criteri fissati dalla sentenza sopra riportata del Reichsgerichts diede in questo caso ragione all'operaio non più tirando fuori

(1) Berlin, Vahlen 1914.

il diritto sulla propria persona, ma perchè l'operazione proposta secondo il parere dei medici avrebbe prodotto solamente un miglioramento dell'invalidità al massino del 10 %, e non un notevole rafforzamento della capacità lavorativa, tanto più che l'individuo aveva già subito un'operazione del genere.

Come si vede la *tesi, che chiameremo dell'intransigenza, ha cominciato a cedere anche in Germania.*

È vero che in Italia si è mantenuta tale, come abbiamo già precedentemente accennato, nei giudicati concernenti la responsabilità penale verso terzi, e che anche nei rarissimi casi in cui si presentò la questione in materia di infortunio, la giurisprudenza dovette tener presente che la nostra legge non fa obbligo all'operaio di sottoporsi ad alcun trattamento curativo e tanto meno ad un atto operativo, decidendo così « che egli non è costretto a subire una cura operativa che non si senta di subire, e che tocchi il diritto naturale alla conservazione della propria integrità personale (Vedi Pretore Firenze 30 Dicembre 1901 (1) – Tribunale Roma 10 marzo 1905 – Corte d'Appello di Genova 30 dicembre 1905).

Ma un passo in avanti verso l'obbligo di cure a cui deve assoggettarsi l'infortunato « perchè non arrecano dolore e sono di esito certo o quasi certo, per cui non sottoponendosi non ha diritto ad indennità o l'ha in misura minore » come ad es. : la cura elettrica, il massaggio, la ginnastica medica e simili, è stato fatto in qualche giudicato, pur nell'assenza di norme di costrizioni fissate dalla legge (Vedi per es : Tribunale Lecco 6 luglio 1899 e Tribunale di Livorno 4 dicembre 1901) ; ed un Tribunale, quello di Palermo, giungeva in una sua sentenza (15 marzo 1909) a scrivere che « non si può imporre all'infortunato un'operazione chirurgica se può esserci il dubbio che dall'operazione possa derivare danno ; ma quando il danno non ci può essere, e la cura chirurgica restituirebbe integra l'attitudine al lavoro, allora il rifiuto è ingiustificato e l'operaio non potrà ripetere la liquidazione dell'indennizzo. » (2)

---

(1) La sentenza diede luogo a commenti di Borri, Serafini, Baresisi che si possono leggere nella « *Rivista infortuni* » 1899.

(2) La motivazione della sentenza è però giuridicamente poco persuasiva perchè l'obbligo all'operazione viene fatto rientrare nel concetto di « *accertamento* » per il quale compete diritto all'Istituto assicuratore.

Del resto quando si è allargata l'assicurazione obbligatoria agl'infortuni agricoli, il legislatore stesso ha fissato addirittura il principio di sottoposizione dell'infortunato ad atti operativi, e cioè a quelli fra essi, che egli ha chiamato « minori ». (1)

In Francia in cui pure nella legge (2) non vi è traccia di obbligatorietà di cure per parte dell'infortunato, la giurisprudenza molte volte si è pronunziata a favore dell'obbligo ad atti operativi; per es: asportazione di scheggie ossee (Corte di Aix 1901), dilatazione progressiva di un restringimento uretrale (Corte Besançon 1901), ablazione di una falange (Corte di Douai 1905), incisione di una briglia cicatriziale (Corte di Parigi 1909). La Corte d'Appello di Grenoble (18 aprile 1905) sentenziava: « L'operaio colpito da infortunio può rifiutarsi di subire una operazione difficile e pericolosa, non un'operazione lieve: in questo ultimo caso, se l'operaio non acconsente, l'indennità sarà calcolata senza tener conto dell'aggravamento della ferita dovuto all'irragionevole rifiuto ». Il Tribunale Civile di Brieu 10-4-08: « L' operaio non può essere costretto ad assoggettarsi ad un atto operativo quando anche non presenti difficoltà o pericolo alcuno; ma nel caso di rifiuto è giusto ridurre la misura dell'indennità ». Il Tribunale Civile di Bayonne (16 aprile 1905) sentenziava: L' operaio vittima di un infortunio il quale rifiuta di subire un'operazione chirurgica considerata come facile, e tale da far cessare completamente ogni grado di invalidità permanente al lavoro, deve sopportare una diminuzione di indennità, alla quale avrebbe diritto. Tale è il caso di un operaio il quale essendo affetto da due ernie delle quali una fu operata con esito di completa guarigione, rifiuta di assoggettarsi alla cura radicale della seconda ».

Il Tribunale di Lione in un caso di rifiuto di iridectomia ridusse l'indennizzo del 20% al 10% perchè l'operaio aveva rifiutato un mezzo di cura prescritto dalla scienza, allo scopo di aumentare volontariamente le conseguenze dell'infortunio. (3)

Anche la giurisprudenza del Belgio, che pure non ha norma di obbligatorietà a sottostare a cure, (4) ha emanato massime

---

(1) Vedi capitolo sulla legislazione italiana.

(2) Vedi capitolo sulla legislazione straniera.

(3) Confronta al riguardo - CIAMPOLINI, « *Traumatologia del lavoro* pag. 131 e seg. e THIEM, *Handbuch de Unfallumedizin*. Vol. 1.

(4) Vedi capitolo sulla Legislazione straniera.

che impongono un obbligo, se anche condizionato, a sottoporsi ad atti operativi. Valga per tutte la sentenza del giudice di pace di Bruxelles del 15 ottobre 1906.

«È impossibile comprendere fra i danni, di cui la legge assicura il risarcimento, le conseguenze della cura medica trascurata, rifiutata o ostacolata. Se l'operaio ferito ha diritto di salvaguardare la propria esistenza, e di non esporre la sua vita al rischio di operazioni pericolose e aleatorie, tale diritto non giunge però fino a permettergli di indietreggiare di fronte ad una sofferenza salutare, prescrittta dalla scienza e imposta dalla tutela degl'interessi che sono in giuoco. Devesi invece verificare per mezzo di perizia se l'operazione, che il padrone vuole sia subita dall'infortunato è o non pericolosa, suscettibile di condurre alla guarigione o di attenuare l'incapacità ».

Ma il passo più avanzato in questo campo è stato fatto dalla Svizzera e dal suo supremo consesso giuridico, il Tribunale Federale. Riporto il caso da una pubblicazione dello Zollinger (1) Si trattava di un uomo di 30 anni che aveva in un infortunio riportato un'ernia. Un perito medico invitato a pronunziarsi sul caso disse : « che se l'infortunato non si lasciava operare sarebbe sempre stato danneggiato nella sua salute. L'ernia poteva ingrossare e poteva anche strozzarsi, e ciò era più facile negl'individui non predisposti all'ernia, avendo essi l'anello più rigido. L'ernia poteva scomparire coll'operazione, la quale prometteva un completo successo stante il buon sviluppo dei muscoli e delle aponeurosi del paziente. Il pericolo di una embolia era così minimo che si poteva escludere con buon fondamento. L'ernia poteva essere operata con l'anestesia locale ».

Il caso giunse davanti al Tribunale Federale il quale sentenziò : doversi ricorrere solo a criteri particolari del caso, e non a criteri generali di operazioni a cui può o non può sottoporsi il leso. Si deve ricercare tenendo conto delle ragioni contrarie e favorevoli, se nel caso concreto un uomo normale si sottoporrebbe all'operazione o non. In questo caso il giudizio medico conclude, dopo aver considerato tutti i fattori, che per le sue condizioni l'operazione è senza pericolo, può condurre ad un completo e duraturo successo e non è accompagnato da speciali dolori,

---

(1) Traumatische Hernien und Operationspflicht. Monaschrift für ünfallheilkunde n. 4. 1914.

mentre il pericolo, non operando, è maggiore per la possibilità di uno strozzamento. In base a tali ragioni il Tribunale supremo conferma il deliberato del giudice cantonale, e quello della Corte d'Appello del Cantone di Basilea i quali avevano sentenziato per un indennizzo ridotto in caso di non operazione.

Già in un caso precedente d'ernia la Corte d'Appello di Basilea si era pure pronunziata per l'obbligo di sottostare all'operazione, considerando il minimo rischio dell'operazione, e la grande probabilità di una completa e duratura guarigione. Ad indurre i giudici a tale convinzione servì un giudizio medico peritale, il quale concluse che l'operazione dell'ernia non si può oggidì definire come pericolosa; che la narcosi per etere conta un caso di morte ogni 8-10.000 narcotizzati compresi tutti i casi (anche vecchi ed ammalati gravi: se si considerano solo i giovani e robusti, la statistica è molto più favorevole). Inoltre si poteva operare con anestesia locale (novocaina) assolutamente senza pericolo. Infezioni non si presentano più coll'odierna antisepsi. Il pericolo di embolia concerne quasi esclusivamente individui indeboliti da lunghe malattie, cattiva nutrizione o perdite di sangue: solo il 4-5% dei casi operati recidiva, e ciò compresi i casi di grosse ernie: quanto più l'ernia è recente, e sono buoni i muscoli e le fascie, tanto più aumentano le previsioni di duratura guarigione senza pericolo e piena di promesse ». (1)

Credo pertanto sufficiente la dimostrazione data che *la dottrina e la pratica hanno ormai in ogni luogo scavalcato l'apriorismo del diritto illimitato al rifiuto di ogni atto operativo*, e ritorno a quello che è il punto più importante e più controverso del *limite a cui può essere portato l'obbligo di sottoporsi ad un atto operativo.*

Se interroghiamo le legislazioni straniere (2) in cui è fatto obbligo agl'infortunati di sottoporsi alle cure, vediamo che le operazioni chirurgiche non sono in esse espressamente menzionate, ma rientrano nel concetto del trattamento curativo in ge-

---

(1) Ho riportato un pò distesamente queste notizie relative a casi di ernia perchè concernono uno degli argomenti che più si possono discutere in rapporto all'obbligo delle operazioni, e per fornire la dimostrazione di quali elementi di giudizio si sono avvalse queste Corti che si sono già pronunziate al riguardo.

(2) Vedi Capitolo 2. sulla Legislazione straniera.

nere. Esse hanno adottato un criterio di norma che è, per così dire, negativo: hanno cioè parlato di « motivo giustificato o fondato » di rifiuto; la sanzione interviene se l'opposizione al trattamento curativo (compreso quindi anche l'operatorio) non è fatto in base a fondata ragione (ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund dice ad es. la legge tedesca art. 606). La legislazione italiana (1) (infortuni agricoli – infortuni nella Tripolitania e Cirenaica – e sua derivazione nella repubblica di S. Marino) ha pure adottato la formula del « giustificato motivo » È però precisato che l'obbligo si estende anche ai « minori atti operativi » delle cure chirurgiche.

Lasciando per ora a parte il concetto di « minori atti operativi » sul quale ritorneremo fra breve, vediamo a quali criteri giuridici e pratici possiamo ricorrere per interpretare il « *giustificato motivo* » di rifiuto, formula che non può trovare obiezzioni per l'idea stessa di giustizia che l'informa, se anche si possa discutere sull'opportunità di regolare piuttosto le condizioni dell'obbligo a sottostare, che non quelle del diritto a rifiutare.

Vi è stato chi, come per esempio per parecchio tempo la giurisprudenza tedesca, ha proposto il *criterio della normalità di struttura e dell'integrità del corpo* (Bestand e l'Unversehrheit): qualunque atto operativo che offenda queste condizioni, può essere rifiutato. Questo criterio che risente della concezione intransigente del diritto sulla persona, non può essere adottato, perchè ben difficilmente si può immaginare un atto operativo anche di poca importanza, che non alteri la normalità di struttura del corpo: ogni asportazione di falangi difettose, ogni atto operativo a cui sussegua una cicatrice, altera, anche in minino grado, questa normalità, e dovrebbe per ciò venire esclusa. L'efficacia pratica dell'obbligo all'atto operativo verrebbe ad essere annullata.

Scartati questi criteri anatomici e funzionali che non possono essere graduati con disposizioni precise di principi generali, si passa all' altro campo di criteri di natura più logica e più sperimentale nello stesso tempo.

Si è invocato la *ragionevolezza* dell'assenso o del rifiuto, che equivale a quel ricorso all'« uomo di senno » che fa la giurisprudenza in parecchie sentenze. Si può obbiettare che la ragio-

---

(1) Vedi capitolo I sulla Legislazione Italiana.

nevolezza della decisione di sottoporsi ad un atto operativo è d'ordine troppo soggettivo e quindi troppo oscillante. Credo che si possa ribattere che non all'individuo in causa debba essere lasciato questo giudizio, ma a chi (medico o magistrato) deve decidere sulla fondatezza o meno del rifiuto. Questi si porrà la domanda : nelle circostanze della vita comune, un uomo normale, (non nego che la normalità sia un concetto piuttosto convezionale, ma in quante circostanze noi vi ricorriamo necessariamente ! Vedi ad es ; i giudizi sulle responsabilità penali), accetterebbe l'operazione proposta ? Ciò naturalmente implica la valutazione di circostanze generiche e specifiche. Ma un simile giudizio risolutivo non ha niente di impossibile nella grandissima maggioranza dei casi.

Sopratutto si è invocato il criterio della *pericolosità*. Si è detto: l'operazione non è pericolosa ? Si faccia : è pericolosa ? Vi sia diritto al rifiuto. Il criterio è certamente il più razionale, e quello che più risponde al nostro sentimento di giustizia, e sarebbe fuori luogo soffermarsi a dimostrare l'infondatezza di imporre ad un infortunato, già danneggiato nella sua salute, un trattamento da cui si teme possa derivargli un danno più grave, ed anche magari la perdita della vita. I più semplici, che sono anche i più semplicisti, ma che non sono in piccolo numero, e del cui sentimento non è giusto nè politico non tener conto, rincarerebbero l'accusa d'ingiustizia, sostenendo che il provvedimento pericoloso imposto è tanto più immorale, in quanto viene imposto per semplici ragioni economiche di diminuire un indennizzo in denaro, il cui doloroso diritto l'infortunato paga con il danno già acquistato alla sua salute, e derivatogli non da colpa, ma dal lavoro.

Ma come giudicare delle pericolosità di un'operazione ? Gli avversari dell'obbligo di sottostare ad ogni atto operativo hanno tagliato corto : nessuna operazione di nessun grado o misura può essere assolutamente scevra di un pericolo imprevedibile ed aleatorio, e perciò vi deve essere il diritto a rifiutarle tutte. Ed ho sentito io per es : un sanitario dire (e l'ha anche scritto), che quando si sa di un caso di morte in seguito ad un'iniezione ricostituente, come si può pensare a rendere un'operazione obbligatoria ?

Questa tesi si può definire pirronistica, e conduce a quegli assurdi logici e pratici, a cui condussero tutte queste richieste di

infallibilità, o di certezza assoluta e matematica degli effetti delle azioni umane. Per restare nel campo medico, come sarebbe possibile consigliare all'ammalato qualsiasi intervento? Forse che l'egregio sanitario, di cui sopra, non vuole che si faccia più alcuna iniezione di nessun genere? E come, se si richiedono criteri di certezza assoluta, sarà legalmente sanzionato qualsiasi obbligo, di qualsiasi natura? E su quali elementi, che non siano di certezza relativa, potrà mai dare un giudizio il magistrato il medico, ecc? Quante ingiustizie si dovrebbero tollerare per poter rendere la giustizia assoluta!

Anche nella nostra questione crediamo che la giustizia sia nella misura, nell'equilibrio delle ragioni contrastanti, e nell'accettare quel tanto che il buon senso, la esperienza e la scienza ci possono offrire, senza pretendere a perfezioni metafisiche. E la scienza medica e chirurgica ci può dire, specialmente dopo i progressi realizzati in questi ultimi tempi, che vi sono operazioni le quali in base alla certezza umana, si possono dichiarare prive di pericoli; ve ne sono altre in cui il pericolo varia da gradi minimi, e quasi imprevidibili, a gradi più concreti prevedibili od anche probabili: tutto ciò naturalmente desunto non solo da concezioni teoriche, ma sempre dalla valutazione del caso singolo in rapporto a fattori fisici e morali ed ambientali diversi. Ed a essa noi dobbiamo rimettere il giudizio. Quando ci dirà che l'operazione non si deve considerare pericolosa, noi saremo giuridicamente e moralmente confortati ad imporre l'obbligo di un atto operativo.

Su questa via si è però manifestata la tendenza a precisare, a cercare termini di riferimento, per poter portare un giudizio discettivo basato sopra una norma di uso comune; questo giudizio venne da parecchi giudicati concretato nella necessità di una *narcosi*. Si è detto: la pericolosità di un'operazione è dimostrata dalla consuetudine o dalle necessità mediche di eseguirla con l'uso di anestetici. Questo uso (specialmente quello del cloroformio) importa già un concetto di gravità all'operazione, e sopratutto importa un pericolo prossimo o remoto insito nell'uso stesso dall'anestetico, che di per sè solo, indipendentemente dalla natura dell'operazione, giustifica il rifiuto a sottoporsi all'operazione. Ed anche fra i sostenitori dell'obbligo della cura, molti ritengono che questa della narcosi possa segnare la colonna d'Ercole dell'obbligatorietà.

Vediamo al lume dell'esperienza e della statistica clinica quale sia la reale consistenza del pericolo della narcosi che balena piuttosto misterioso nella mente delle parti e dei giudici.

Non prima però di aver rilevato che nella pratica quotidiana tutti questi timori son ben poco diffusi, se la narcosi viene usata così largamente, e non solo per operazione di necessità, ma anche di elezione. Una volta che il chirurgo si è assicurato coll'esame preventivo del paziente che non esistono speciali controindicazioni, egli, ben difficilmente, per non dire mai, arretra davanti al suo compito, per un ipotetico pericolo della narcosi. E quanti sono quelli fra i pazienti che la richiedono anche per atti operativi che per la loro durata e natura potrebbero essere sopportati da una persona di mediocre coraggio!

Ma vediamo quello che ci dice l'esperienza dei chirurghi sulla

Narcosi: Cloroformio, Etere, ed altri anestetici – Morti di narcosi per nesso diretto od indiretto.

La Società tedesca di Chirurgia ha raccolto 240.806 casi di cloronarcosi con 116 casi di morte e cioè: 1 : 2075; Milkuliez dà personalmente per il cloroformio la mortalità del 1 : 1683; Williams per lo Spedale S. Bartolomeo di Londra denuncia un caso di morte ogni 1236 cloronarcosi; Sabbarth sopra un complesso di 3.000.000 di narcosi cloroformiche riscontra 1197 morti, col rapporto di 1 : 2522; Andrews sopra 117.078 ne trova 43 ossia 1 : 2723; Palliard viene alla proporzione di 1 : 3258; Comte di 1 : 2723; Osmsbey 1 : 3873; Vachenholz 1 : 2029; Coles 1 : 2873. Nella Scandinava si è osservato il rapporto di 1 : 2257.

Secondo i resoconti al Congresso di chirurgia tedesca a Berlino, relativi agli anni 1890-95, sopra un materiale di 201.224 cloronarcosi si ebbero 88 morti vale a dire: 1 : 2286. Negli anni 1895-97 la proporzione innalzò al 1 : 932; più recentemente invece discese a 1 : 3145 in Germania; e 1 : 4745 negli Stati Uniti (Jonkers).

In generale è comunemente accettata come indice della mortalità per cloronarcosi, la cifra di 1 : 3000.

Per l'etere i risultati sono migliori: la Società tedesca di Chirurgia, trovò sopra 57.223 eternarcosi 11 casi di morte, 1 : 5112; Williams dà la proporzione di 1 : 4860; Sarret su 350.000 eteronarcosi 1: 14000; Comte 1: 23.804; Poncet 1: 7500;

Andrews 1 : 23204; Julliard 1 : 14987; Gurlt 1 : 6020; Mikulicz 1 : 5112; Jonkers 1 : 16676; Ollier sopra un totale di 10500 eteronarcosi, e la Scuola di Lione sopra 40.000, non riscontrarono alcun caso di morte.

La mortalità per l'etere sarebbe almeno 3 volte (4-5 secondo Wood) inferiore a quella per cloroformio. (1)

Kocher (Chirurgische Operationslehre, Jena 1907 a pag. 70) riferisce che Bardeleben ha avuto il primo caso mortale dopo 30.000 eteronarcosi. A pag. 24 dello stesso trattato, l'A. osserva molto giustamente che la causa veramente più importante delle morti di narcosi cloroformica sta nella *dose eccessiva* di anestetico somministrato nell'unità di tempo, da parte dei narcotizzatori giovani e inesperti. Cita a dimostrazione il fatto che in 20 anni di pratica chirurgica nella Casa di Salute privata, avendo sempre adoperato il cloroformio (somministrato costantemente dallo stesso Narcotizzatore) ha osservato un solo caso di morte.

Certo che dati statistici precisi sono difficili in quanto talvolta l'azione dell'anestetico per la morte può essere solo indiretta, e il rapporto di causalità non essere sicuro, come ad es : per le polmoniti postoperatorie che in realtà possono svilupparsi anche in individui che non sono stati sottoposti a narcosi generale, specialmente dopo interventi laparatomici, per ragioni ben note.

Per la *rachianestesia* la clinica di Rostock (Vedi Hosemann – Zentral t. Chir. – 1920) su 5000 casi non ne ebbe uno di morte; Leplat (Vedi Zislin – Société des chir. de Paris 18 novembre 1921) su 7000 ebbe un solo caso in un vecchio cachettico.

Riguardo all'*anestesia locale*, se si eccettua qualche eccezionale caso di morte per avvenelamento di *cocaina*, non ricordo di aver letto di alcun caso, sicuramente documentato, di morte per anestesie locali.

Basta pensare che la novocaina (che è l'anestetico più usato) permette alla dose di cgr. 25-30 di eseguire un'operazione d'ernia, di gozzo, di appendicetomia, ecc. mentre la dose pericolosa di novocaina (nella soluzione all'1% e in associazione

---

(1) Questi dati sono tratti dal lavoro di A. Capurro e N. Vallero : La etero e la cloronarcosi, studio clinico comparativo, Clinica chirurgica, Anno 1911.

coll'adrenalina che ritarda considerevolmente l'assorbimento) sembra essere superiore ai gr. *due.* (1)

Da qualche tempo incontra favore ad es: in Francia, l'anestesia generale al Cloruro d'Etile (cloretilnarcosi) che sembra più innocua di ogni altra. Si possono eseguire interventi di lunga durata specialmente se si associa al Cloruro d'Etile una piccola quantità di cloroformio (Cloroformio 10 Cloruro d'Etile 90) (2)

Non è il caso poi di parlare dell'anestesia locale praticata esternamente coll'etere e col cloruro d'etile, salvo che per far notare che è assolutamente innocua.

Tutte queste cifre che abbiamo riportate ci dicono come i pericoli della narcosi siano stati grandemente esagerati. tanto più quando si osservi che nelle statistiche sono inclusi i casi di individui sottoposti per necessità (od anche per insufficiente esame preventivo) alla narcosi in stato di debolezza grave per malattia, traumi, vizi cardiaci o renali; e quelli in cui vi fù colpa del narcotizzatore o difetto dell'anestetico, cosicchè se si potessero escludere tutti questi, i casi di morte sarebbero ridotti a cifre bassissime. Ad ogni modo risulta che con gli anestetici locali, la narcosi si può considerare come assolutamente non pericolosa per la vita, mentre essi permettono atti operativi di importanza, e che certo non si possono classificare fra i minori. E poichè nella grandissima maggioranza dei casi in cui vi potrebbe essere questione di intervento operativo allo scopo di ripristinare o migliorare la funzionalità, si tratterà di interventi (su dita od arti) che necessiteranno solo l'anestesia locale. così credo che si possa giungere alla conclusione che giuridicamente e praticamente *la narcosi non debba essere considerata come motivo di rifiuto ad atto operativo*, salvo a considerare nel caso particolare se specialissime condizioni importino le previsioni di un pericolo, che nella grandissima maggioranza dei casi deve essere escluso.

Insieme a quello della narcosi, sarà il caso di *rinunziare a tutti gli altri criteri fissi inderogabili* che possono essere assunti

---

(1) Vedi a questo proposito Lerda e Quarella « *Sul potere tossico ed anestetico dei piu comuni anestetici locali e delle loro miscele. La Clinica chirurgica* 1914, n. 11.

(2) Vedi « Presse medicale » 1921 p. 808, 974, e 1013.

teoricamente come reagenti della pericolosità di un atto operativo, come pure a quello di stabilire a priori le operazioni che rientrano nel gruppo della pericolosità o di quelle che ne devono essere escluse. Il giudizio su di essa non può essere posto che caso per caso valutando tutti i fattori individuali pertinenti al paziente in rapporto alla natura dell'operazione che si intende di eseguire.

Per esso sarà opportuno considerare anche uno degli aspetti che può presentare il problema operativo, cioè quello *delle conseguenze che l'operazione può avere sulla reintegrazione della salute e della capacità lavorativa, in rapporto alla gravità dell'intervento.*

Nelle massime di giurisprudenza che ho ricordato, si pone fra le condizioni che giustificano l'obbligo ad un atto operativo quella della efficienza di esso a ripristinare la completa capacità lavorativa, od almeno a produrre un forte rafforzamento (eine sehr erhebliche Steigerung) di detta capacità. La condizione corrisponde certamente alla giusta (moralmente e giuridicamente) valorizzazione di un motivo che deve in concorso ad altri giustificare un provvedimento lesivo e coartante del diritto individuale. Non si può permettere che un atto di una certa gravità, se anche dichiarato esente di pericoli, pur nondimeno arrecante preoccupazioni, fastidi, magari sofferenze, venga imposto allo scopo di ricavarne un beneficio trascurabile. Ma nella formulazione della condizione così come è stata fatta dalla giurisprudenza tedesca, sarebbe opportuno portare qualche delucidazione, o meglio una correzione, nel senso che il miglioramento dello stato di incapacità deve essere considerato relativamente alla natura dell'atto operativo. Non si deve porre la questione in modo assoluto, che cioè ad es. non si può ammettere un'imposizione di atto operativo quando le probabilità (che rasentino o raggiungano la certezza) si riducono solo ad un guadagno di poca importanza (exempligratia un 10-20%) ; ma bensì valutare il guadagno presumibile in rapporto alla gravità dell'atto. Sarebbe esagerato certamente l'obbligare il paziente ad un intervento cavitario per guadagnare un 10-20% di invalidità ; ma sarebbe illogico che non si amputasse un dito, perchè non si guadagna che l'8 o il 10 per cento. Come ho già avuto occasione di rilevare, l'opportunità di un intervento operativo correttore si fa sentire sopra tutto per queste lesioni di arti e di dita che non richiedono grandi indennizzi, ma che col loro numero pesano sull'assicurazione più che non le grandi invalidità.

Un'altra condizione giuridico-morale necessaria per l'obbligo all'atto operativo, è quello della responsabilità che deve essere esplicita per chi richiede l'operazione, di *addossarsi il carico* (quello della spesa e dei mezzi opportuni è sottinteso), *di ogni esito disgraziato*, per quanto imprevedibile, dell'operazione che conduca ad un peggioranento dello stato di cose primitivo. Le ragioni sono intuitive e valgono anche (1) per i casi in cui spontaneamente l'infortunato, non per capriccio, ma per ammissibile desiderio di migliorare il suo stato, dietro consiglio di persona dell'arte, si è sottoposto ad un atto operativo.

Il che ci suggerisce il richiamo di un'altra ragione morale che depone in favore della cura obbligatoria, ed è quella dell'ingiustizia che l'infortunato coltivatore del suo danno abbia, rifiutando o ritardando la cura, a beneficiare di un indennizzo, che non è invece più dovuto al volonteroso il quale si è sottoposto ad un atto operatorio, prima dell' accertamento del danno stesso (2).

Poco consigliabile mi pare il carattere di obbligatorietà delle operazioni chirurgiche adottato dal nostro decreto-legge sull'assicurazione contro gl'infortuni agricoli. consistente nella

---

(1) Vedi a questo proposito la sentenza della Corte d'Appello di Roma (6 dicembre 1904) che suona ; « qualsiasi conseguenza, anche indiretta o mediata, di un infortunio è risarcibile a meno che si provi il dolo dell'infortunio. Tale è senza dubbio l'aggravamento determinatosi in seguito ad un'operazione chirurgica non riuscita ; e nulla rileva che l'operazione non sia stata consigliata dall'assicuratore, ma che l'operaio vi si sia liberamente sottoposto ». Accennerò solo, senza soffermarmi perchè non direttamente connesso al nostro argomento, alla questione se sia risarcibile come invalidità permanente, quella che esisteva prima dell'atto operativo, e che è scomparsa in seguito a questo. Vedi per particolari – Borri – *Gl'infortuni del lavoro.* Vol. I pag. 307 e seg.

(2) La relazione ministeriale del progetto di Legge Cocco-Ortu di modificazioni alla legge infortuni (Vedi appendice al Cap. I.) conteneva a questo proposito le seguenti frasi significative : « Si è dato e si dà frequente il caso di operai che, in pendenza della liquidazione dell'indennità, si sono decisamente opposti a tentare certe cure terapeutiche e specialmente la ginnastica medica, nella convinzione che esse, riducendo il grado dell'incapacità al lavoro, avrebbero avuto per effetto di diminuire la misura dell'indennità ; mentre poi, ottenuto il pagamento dell'indennità si sono affrettati ad esperire quelle cure che hanno portato perfino alla completa guarigione, trasformando in un indebito arricchimento quello che dovrebbe essere un compenso per la diminuita potenzialità lavorativa ».

formula di « *minori atti operativi* », in quanto corrisponde ad un criterio che non ha riferimento in pratica. Quello che può essere un « minore » atto operativo per una persona, può essere un atto operativo grave per un'altra. Oltre il genere di operazione, contano, in un gran numero di casi, le condizioni dell'individuo, per determinare la maggiore o minore consigliabilità ed accettabilità di un atto operativo. Un'ernia può essere operazione imponibile in individuo giovane e robusto, mentre non converrà magari procedere ad una asportazione di una cicatrice in un diabetico od in un emofiliaco. E del resto non esiste in clinica una classificazione di atti operativi maggiori o minori, e non si sa dove finiscono gli uni per cominciare gli altri, Non si vuol dire che si debba mettere allo stesso livello una laparotomia od una asportazione di unghia; ma per es.; lo sbrigliamento di un nervo da una cicatrice può essere un atto operativo semplice e senza pericoli in certi casi, e molto difficile e pericoloso in altri.

Per tanto volendo trarre dalle considerazioni svolte una definizione dell'atto operativo imponibile, io ritengo, che a meno di mantenere la formula negativa del « rifiuto basato su motivo giustificato », lasciando alla giurisprudenza di prefiggersi al riguardo norme direttive applicabili al caso singolo, si debba far capo *al criterio della utilità e della pericolosità*, come quelle che informano rispettivamente le ragioni principali di invito e di diniego.

L'utilità, (non la necessità che è concetto più marcato, ma molto più ristretto, perchè potrebbe essere interpretato come giustificante le sole operazioni urgenti che tendono ad eliminare un pericolo imminente) deve raggiungere naturalmente un certo grado, che può essere espresso dalla parola « grande » e dev' essere riferito al ripristino della funzione. La pericolosità puó essere semplicemente affermata o negata. Una definizione che io formulerei sarebbe quella dell'*obbligo di sottoporsi a cure, ivi compresi gli atti operativi,* (1) *i quali siano non pericolosi, e di grande utilità per la restaurazione della capacità lavorativa.*

---

(1) Ritengo superfluo soffermarmi ad illustrare il concetto di atto operativo giuridicamente considerato: ciò potrebbe avere importanza in caso di obbligatorietà limitata a determinate prestazioni sanitarie, non quando essa è estesa a « tutte » le cure, salvo i casi di giustificato rifiuto. E così pure per le stesse considerazioni credo inutile ricordare le di

Ma non ho la presunzione con ciò di avere trovato la formula più felice. Del resto più che la lettera importa lo spirito della legge. (1)

Abbiamo così illustrato quelli che noi crediamo siano gli aspetti giuridici e morali dell'obbligatorietà delle cure per parte dell'assicurato.

La questione mi pare giuridicamente e moralmente così matura, da non sollevare certamente forti opposizioni alla adozione dell' obligatorietà. E questo oltre che per il suo fondamento di giustizia, perchè sono persuaso che la « *coscienza sanitaria* » *delle popolazioni è andata in questi ultimi tempi aumentando.* Le notizie sui progressi della medicina e specialmente della chirurgia hanno avuto una larga diffusione, se pure questi progressi non hanno ancora ottenuto una larga applicazione ; l'atmosfera di fiducia verso queste scienze si è fatta più viva, la conoscenza dei loro successi più estesa.

È quindi diminuita la ripugnanza che in grandi strati della società poteva esservi per un intervento chirurgico ; ed il timore e l'ignoranza vanno cedendo il passo alla fede talvolta esagerata. Da queste modificazioni di sentimenti e di ragionamenti, da questo nuovo « clima », non può non essere influenzata anche la norma dell'obbligatorietà delle cure, che troverà animi più proclivi a sottostarvi, perchè risponderà con maggiore accordo alla loro fiducia. Ed anche quell'effetto delle mutate condizioni economiche, che si constata specialmente dopo la guerra, il quale consiste nel desiderio di migliori cure della propria persona e della propria salute, concorrerà a rendere più accetto e più persuasivo un provvedimento che tende al benessere dell'individuo. È vero che il nostro ottimismo non ci fa velo agli occhi al punto di non vedere come siano ancora numerosi i tentativi,

---

scussioni che furono sollevate attorno all'inclusione di certe cure sotto anestesia (come ad es.: riduzione di lussazioni sotto narcosi) fra gli atti operativi veri e proprii.

(1) Eccessiva a questo riguardo mi pare la formula adottata dalla Repubblica di S. Marino (Vedi Capitolo 1) degli *atti che non importino ragionevoli preoccupazioni per la vita* ». Il pericolo di perdere la vita, è certamente quello che più deve preoccupare, ma vi possono essere anche ragionevoli preoccupazioni sulla durata della malattia conseguente all'atto operativo, di un aggravamento del danno che si vuol migliorare, ecc.

e forti le tendenze, ad un egoistico e spesso moralmente discutibile o condannabile sfruttamento della legge; ma è per questi casi appunto che invochiamo, in vista del superiore interesse collettivo, la riforma della legge, la quale siamo sicuri, se offenderà gli interessi di molti, non offenderà che la coscienza di pochi. Tanto più se sarà accompagnata da una garanzia che riteniamo giuridicamente fondata e moralmente giusta: dalla facoltà cioè concessa all'infortunato, a cui si imponga un trattamento curativo, di *richiedere il consiglio di un medico di sua fiducia*, ed in caso di dissenso di questi dal medico che ha richiesto il trattamento, di portare la questione davanti ad un giudizio arbitrale.

In ultimo resta a considerarsi quali *sanzioni* possono essere stabilite per i trasgressori dell'obbligatorietà.

La natura della legge di assicurazione contro gl'infortuni: gl'inconvenienti che la nuova norma tende ad eliminare; i moventi stessi facilmente supponibili, almeno nella maggioranza dei casi, che ispirano le incurie e le cattive o nulle cooperazioni al miglior ristabilimento della capacità lavorativa; l'esempio offerto dalle legislazioni straniere; i precedenti della legislazione nostrana: tutto concorda a consigliare la sanzione che con pungente sapore di « contrapasso » colpisce là dove si pecca, cioè: la *perdita parziale o totale, temporanea o duratura dell'indennità*. Proporzionata per la durata a quella dell'ingiustificato rifiuto, e per il grado al danno che questo non ha evitato, (non a quello che è immutabile, od è indipendente dal trattamento consigliato), essa ci sembra rivestire il carattere di equità che deve soprassedere all'introduzione di questa norma legislativa. Certo non sarà sempre facile stabilire in tutti i casi il quid di danno che si sarebbe elimitato, attuando il provvedimento che venne rifiutato: ma la medicina legale infortunistica si sente in grado di risolvere questo, come ha risolto altri problemi più difficili. Anche per questo giudizio, la difesa dell'infortunato dovrà potersi esplicare con l'intervento del medico di sua fiducia, con la rimessione del giudizio conclusivo (ma non si ricaschi nelle procedure complicate ed interminabili!) in caso di dissenso col medico fiduciario dell'Istituto assicuratore, ad un arbitro da scegliersi con quelle norme che la legge od il regolamento crederanno del caso.

Capitolo VI.

Aspetti economici-pratici della obbligatorietà delle cure nei rispetti dell'Istituto chiamato ad apprestarle.

La questione dell'obbligatorietà delle cure non può considerarsi risolta semplicemente colla valutazione degli elementi giuridici o morali che possono consigliarne l'adozione. Essa, come ogni altra norma legislativa, dev'essere anche vagliata nella sua portata di effetti economici, e nelle sue possibilità di applicazioni pratiche. Una legge può concretare un sano principio morale, oppure essere sconsigliabile, per il risentimento dannoso che può avere su interessi collettivi di natura economica e politica, che siano più necessari in date contingenze al benessere sociale, di quello che non sia il principio rappresentato dall'introduzione della nuova legge. E così pure non deve urtare contro difficoltà pratiche di esecuzione, tali da ridurla a lettera morta. Le leggi si fanno perchè siano applicate.

Vediamo anzitutto quali possono essere gli effetti economici dell'obbligatorietà delle cure.

Ammesso il principio dell'obbligo delle cure complete a carico del datore di lavoro o chi per esso (discuteremo questo punto nel capitolo seguente ; per ora lo designeremo come Istituto responsabile) è certo che deriverà ad esso un aggravio di spese, le quali per effetto delle leggi di interferenza economica, si trasferiranno in diversi modi fino a ricadere sulla produzione, determinando così una ripercussione sul costo di questa, di cui è opportuno valutare l'entità. (1)

---

(1) Per questo aggravio di spese ho sentito esprimere preoccupazioni da parte di Istituti assicuratori ed anche da qualche industriale. Il giornale della *Confederazione Generale dell'Industria* scriveva a propo-

Un buon materiale utilizzabile a questo scopo avrebbe potuto fornire la Germania dove l'obbligatorietà delle cure verso l'infortunato ha avuto la prima e più regolamentata applicazione, ma le numerose statistiche che si possono compilare da studi, pubblicazioni degli uffici, opuscoli e resoconti degli Istituti assicuratori ecc. non portano isolata la voce delle spese di cura; bensì essa è compresa generalmente in quella delle spese di gestione o del danno finanziario derivante dall'infortunio, e riesce impossibile, anche con i confronti, sceverare il puro costo delle spese di cure. (1)

Tanto più poi che l'essere la spesa a carico dell'assicurazione-malattia per le prime 13 settimane, complica enormemente la possibilità di ricavare il reale costo delle cure dell'infortunato. Si consideri per es. : che nel periodo 1886-1895 – l'83,5% dei casi d'infortunati fu a carico delle Casse Ammalati, e si comprenderà come non tenendo conto di questo fatto si cadrebbe nell'errore di calcolare in misura di molto inferiore alla realtà le spese delle cure che si desumessero solo da bilanci degli Istituti assicuratori. D'altra parte se è facile trovare notizie statistiche sul costo della cura per ogni assicurato o per ammalato da parte delle Casse malattia, è però da notare che tutte queste notizie comprendono la totalità degli assicurati, e quindi ammalati comuni ed infortunati non distinti fra di loro.

Eppoi è da considerare che già durante il periodo di carenza l'Istituto assicuratore può prendere a suo carico le cure dell'infortunato a diverse distanze dal giorno dell'infortunio, e questa variabilità di assunzione complica ancora più la distinzione delle spese.

Ad ogni modo come dati di orientamento citerò i seguenti : nel periodo dal 1885 al 1900 le Casse malattia (che ad es. nel 1900 hanno avuto su 10. 156512 assicurati 4. 014.640 casi di malattia) hanno speso per ogni caso di malattia marchi 32.92. Di queste spese il 20,72% è rappresentato dai medici, il 16,76% dai medicamenti, l'11,95% dal ricovero ospedaliero.

---

sito del Congresso dei medici infortunistici tenutosi a Torino « che la questione ha bisogno di essere ancora seriamente approfondita ». Vedi « *L'organizzazione industriale* » n. 2, 1922.

(1) Nelle spese di gestione, per esempio è quasi sempre conglobata quella che concerne i medici che stendono relazioni e perizie sui casi da loro esaminati.

L'assicurazione infortuni nel 1900, ha avuto per cura sanitaria una spesa di marchi 8,64 per ogni 1000 marchi di indennità.

La quarta sezione della « Corporazione dei fabbricanti di macchine (Westfalia renana) spese per la cura Mr. 7,36 nel 1892 e Mr. 7 nel 1893 per ogni mille marchi di premio.

Una statistica più chiara ci è fornita dalla seguente tabella che compongo in base a dati contenuti in una pubblicazione di Neumann, presidente dell' Unfallversicherung-Genossenschaft di Lussemburgo. (1)

Anno	N. Infortuni	SPESE PER		Media per ogni infortunio	Indennità pagate	Spese cure in rapp. indennità (p. cento)	Ammontare premi	Spese cure in rapp. premi (p. cento)
1904	302	*Cure mediche* . . .	L. 9820,56	124,57	336106,73	18,5 %	Tasso medio 24,20 p. mille 1026667	6,1 %
		Medicinali	» 4156,33					
		Massaggi Appar. ecc.	» 12213,62					
		Ospedali p. infort. . .	» 17061,67					
		Ospedali ordinari . .	» 15570,15					
		Ospedali stranieri . .	» 3712,20					
			L. 62537,53					
1907	620	*Cure mediche* . . .	L. 14592,08	127,10	484558,47	16,2 %	Tasso medio 28,38 p. mille 1287264	6,1 %
		Medicinali	» 4638,01					
		Massaggi Appar. ecc.	» 12688,02					
		Ospedali p. infort. . .	» 17316,32					
		Ospedali ordinari . .	» 23801,38					
		Ospedali stranieri . .	» 5775,50					
			L. 78811,30					

(1) Die Arbeiter Versicherung in Luxemburg in Zacher (Die Arbeiter Versicherung in Auslande. Berlin Troesclel 1908 pag. 31 e seg.

Per valutare i risultati di queste cifre statistiche bisogna tener presente che la cura nel Lussemburgo è per le prime 14 settimane a carico dell'assicurazione-malattie, (1) e che il medico curante è di scelta che si può chiamare libera, con retribuzione fissata a visite.

Notizie abbastanza complete, e che hanno anche il pregio di essere recenti, si possono ricavare dalle statistiche *Svizzere.* (2)

L'organizzazione delle cure in questo paese fu già da me più avanti illustrata ; (3) è necessario quindi solo ricordare che in generale l'infortunato sceglie il medico curante, e che queso è retribuito a visite ma secondo tariffe prestabilite, (le quali nel 1921 furono aumentate) ; che nelle spese sono comprese anche quelle per piccoli infortuni, provocanti un'interruzione di lavoro non superiore ai due giorni, per i quali l'Istituto nazionale paga le spese di cura sia direttamente, sia sotto forma di sussidi e somministrazioni di medicine e materiali di medicazione ai posti di soccorso. (Questi piccoli infortuni possono essere valutati per la Svizzera a circa 200.000 all'anno). (4)

Gl'infortuni professionali del 1918 notificati fino al 31 maggio 1919, furono 93456. La spesa per cure mediche e farmaceutiche fu di L. 3.739.999 ; quella d'indennità (temporanea e rendite di invalidità ed ai superstiti) L. 6.176.663. – L'entrata per premi fu di L. 27.753.177 (La voce cure mediche e farmaceutiche comprende spese per i medici, farmacisti, ospedali, spese di viaggio richieste per la cura medica, apparecchi di protesi, (più le spese per funerali che ammontano a qualche migliaio di lire).

Per l'anno 1919 gl'infortunati notificati (fino al 31 maggio 1920) furono 109.086. Le spese per cure mediche e farmaceutiche furono di lire 5.618.852, per indennizzi L. 9045079 ; i premi L. 39899301.

---

(1) Vedi Capitolo sulla Legislazione straniera.

(2) Sento il dovere di ringraziare il ben noto medico infortunista Dr. Pometta, direttore medico della Cassa Nazionale Svizzera, alla cui gentilezza devo se ne sono venuto in possesso.

(3) Vedi Capitolo sulla Legislazione straniera.

(4) Nell'assicurazione Svizzera metà delle spese di pura amministrazione (le spese di cura sono escluse) della Cassa Nazionale, sono a carico dello Stato.

Per l'anno 1920 si ebbero (notificati al 31 maggio 1921) n. 113400 infortuni professionali ; L. 5.104.008 di spese mediche o farmaceutiche, L. 9640465 di indennizzi, L. 46691041 di premi.

Per l'anno 1921 (notificati fino al 31 maggio 1922) vi furono 84508 infortuni professionali ; si ebbero L. 14.561762 di indennizzi, L. 37.486.487 di premi. (1) In base a questi dati ho compilato la seguente tabella :

Anno	N. Infortuni	Spese mediche e farmaceutiche	Media spese di cura per ogni infortunio	Bapp. spese di cura all'indennizzo (p. cento)	Rapp. spese di cura ai premi (p. cento)
1918	93656	3739000	39,90	52,8 %	13,50 %
1919	109086	5618652	51,50	62,50 %	14,1 %
1920	113406	5104008	45	54,1 %	10,9 %
1921	84508	6973253	82,60	47,88 %	18,6 %

Queste cifre devono essere valutate tenendo presente per le spese mediche che esse riguardano anche i casi di *malattie professionali* che sono evidentemente di cura più costosa che non gl'infortuni, e le spese funerarie (che rappresentano però una percentuale piccola della spesa totale) ; che gli onorari dei medici sono pagati per visita e con tariffa elevata, e che per essi l'Istituto ha avuto parecchie volte occasione di fare l'appunto di eccessività ; che la percentuale delle spese agli indennizzi è alta perchè le indennità sono basse. È vero che abbiamo in Svizzera il sistema di indennizzo a rendite, ed esse andranno probabilmente aumentando per qualche anno ; ma la poca elevatezza della spesa per indennità, dipende anche dalla scarsa proporzione di invalidità permanenti, ed inoltre dal fatto della carenza assoluta dei tre giorni : mentre in opposto è da notare che l'indennità per temporanea sale anche all'80% del salario.

La percentuale sui premi meriterebbe una lunga illustrazione dei rischi, categorie, ecc. dei premi stessi, per essere ben

(1) Vedi *Relazioni annuali dell'Istituto Nazionale Svizzero di assicurazione contro gl'infortuni*. Anni 1918, 1919, 1920, 1921.

valutata: ad ogni modo, a parare la domanda che si presenta più spontanea e più importante per il nostro argomento, dirò che i premi che vengono chiamati all'industria, sono in generale inferiori a quello che erano pagati alle Società private di assicurazione.

Ma cerchiamo se anche può servirci l'esperienza nostrana. In Italia abbiamo stabilimenti industriali (vedi ad es. il gruppo « Sideros », il gruppo « Fiat ») che provvedono a cure con ambulatori, ma non vanno fino alla degenza ospedaliera, ad alle cure di rieducazione con istituti proprii. Ad ogni modo l'essere questo servizio sanitario stato mantenuto da molti anni, dimostra che i risultati sono buoni per l'economia del lavoro ed anche relativamente poco costosi, come del resto può confermare chiunque, come chi scrive, conosca praticamente il funzionare di questi servizi. (1)

In Italia abbiamo un Istituto che ha organizzato un servizio completo di cure con obbligatorietà da parte dell' operaio di sottostarvi (2) ed è il *Sindacato Obbligatorio Siciliano di mutua assicurazione per gl'infortuni sul lavoro nelle miniere di zolfo.* (3) Le cure hanno inizio nel posto di soccorso, e culminano attraverso la cura ambulatoria od ospedaliera, nel ricovero presso l'Istituto del Dott. Albanese in Palermo dove si eseguiscono ulteriori cure chirurgiche, ortopediche e di rieducazione funzionale.

Nel quadriennio 1905-1908 le spese sanitarie ammontarono per ogni operaio assicurato a L. 3,41 e per ogni operaio colpito da infortunio a L. 15,04; nel biennio 1909 rispettivamente a L. 7,80 e L. 44,08. La progressione delle spese è andata lentamente aumentando nel triennio 1913-15in cui la media ascese per ogni operaio assicurato a L. 12,16, per ogni operaio infortunato a L. 69,20. Dopo la guerra si ebbe un brusco incremento.

---

(1) Sarà interessante conoscere a suo tempo i risultati dell' esperimento che ha recentemente inaugurato la Cassa Nazionale Infortuni coll'apertura di vere sezioni ospedaliere proprie con annessa ortopedia, e meccano-terapia, in Torino ed in altri luoghi.

(2) Vedi capitolo sulla Legislazione italiana.

(3) Traggo i dati dalle relazioni e resoconti annuali e da notizie che devo alla cortesia del suo direttore Dott. Colaianni.

Ecco per esempio un totale delle spese sanitarie incontrate negli anni 1919, 1920, 1921.

	1919	1920	1921
1. – Per le cure chirurgiche e chinesiterapiche	53074	96195	100254,17
2. – Per le cure ospedaliere e i medicinali	8260,85	19044	34438,95
3. – Per i Posti di Soccorso nelle miniere di I, III, IV, classe e la direzione medica degli stessi posti.	191881,42	415452,41	459306,54
4. – Per i posti di II classe (nei comuni di residenza degli operai e gli ambulatori).	60318,76	77903,57	103916,89
5. – Per la Commissione Sanitaria - trasporto degli infortunati - perizie ed altre varie.	34025,30	60105,52	106902,17
In Totale L.	347560,33	668700,50	804818,72

Il Sindacato esercitò la funzione assicurativa per n. 16775 operai nel 1919, per n. 17775 nel 1920, e per n. 20420 nel 1921.

Gli operai che furono denunziati per infortunio sul lavoro, sono :

n. 2941 con 34 morti nel 1919.
n. 3525 con 47 morti nel 1920.
n. 3180 con 48 morti nel 1921.

Ricavando le spese mediche si trova :

	Per ogni operaio assicurato	*Per ogni operaio infortunato*
1919	20,71	118,17
1920	37,62	189,70
1921	39,41	253,08
Media triennale	32,58	186,98

Nel sanatorio diretto dal Dr. Albanese furono curati n. 117 infortunati nel 1919, n. 137 nel 1920 e n. 94 nel 1921 per i quali rispettivamente si pagarono :

giornate	di	degenza	n. 7852	per	L.	53.074,00
»	»	»	» 8743	»	»	96.095,00
»	»	»	» 6850	»	»	100.254,17

Le cifre medie che abbiamo sopra registrate non mancano di suscitare una certa impressione per il costo elevato delle spese di cure ; ma per una loro esatta valutazione è necessario tener presente alcuni rilievi.

La organizzazione sanitaria del Sindacato [certamente per ragioni di distribuzione delle imprese assicurate] (1) ha una ricchezza di istituti sanitari che non credo possa costituire un precedente od un'analogia per un'organizzazione generica di cura agl'infortunati. Si pensi che i posti di soccorso delle varie classi richiedono l'opera esclusiva per tutta la giornata, o temporanea per qualche ora al giorno, di più di un centinaio di medici, i quali sono poi anche incaricati di servizi medici estranei alla cura degli infortunati (come lotta anticolerica, contro l'anchilostomiasi, ecc.).

Si noti che la metà delle spese sanitarie è richiesta dai posti di soccorsi di I, III IV classe (n.3 della tabella) i quali non fanno che esercitare le prime cure, poichè le cure successive (nei comuni di residenza) sono eseguite dai posti di II classse. Se noi diffalchiamo dai totali, le spese di questi posti di soccorso, che sono poi quelle già obbligatorie per legge (prime cure), vediamo che la spesa che costituisce veramente il nuovo aggravio per il completamento delle cure, si riduce alle proporzioni più modeste di meno che la metà dei totali registrati.

Questo rilievo poi si completa coll'osservazione che un'organizzazione così estesa deve adattarsi per necessità di cose ad un numero relativamente basso di operai assicurati, mentre potrebbe certamente servire per un numero molto maggiore, con pochissimo aumento di spesa ; se gli operai invece di 20000 fos-

(1) La complessità dell' organismo si rivela anche dalle spese di pura amministrazione che salgono nel triennio 1919-1921 a L. 22,76 per ogni operaio assicurato ed a L. 120,26 annuali per ogni infortunato.

sero 60000 ad es. le cifre medie scenderebbero a proporzioni ben diverse.

È certo però che tutti questi dati ci suggeriscono l'esperienza che le cure nelle campagne, all'infuori dei centri industriali, se anche non fosse necessario di giungere all'abbondanza di impianti a cui è giunto il Sindacato Siciliano, debbono sotto l'aspetto finanziario costituire un carico non indifferente.

Ma non bisogna d'altra parte dimenticare che di fronte a questo « passivo » stanno anche delle partite di « attivo » che vedremo più avanti.

Io ho per mio conto cercato dei *dati di costo di una cura completa nel centro industriale dove vivo.* Questi centri industriali ricchi di ambulatori, ospedali, comodità di trasporto, ecc. con forti masse operaie addensate, rappresentano certo il luogo dove la cura può svolgersi con la minor spesa relativa. Ho indagato il costo di funzionamento degli ambulatori, delle degenze ospedaliere ; il numero degli infortunati curati ambulatoriamente, di quelli ricoverati in ospedali, ecc.

Gli operai infortunati curati ambulatoriamente in appositi ambulatori furono 9230 ; in più si ebbero 3825 infortunati degli occhi, che nella grandissima maggioranza dei casi non richiesero altro che una sola medicazione. La degenza media dei ricoverati in ospedali fu di giorni 34.

Orbene calcolando le pure spese sanitarie (che comprendono affitto locali, materiale di medicazione, infermieri, medici, rette all'ospedale) ho ottenuto una cifra che oscilla intorno alle 10 lire per infortunato. Questa cifra andrebbe aumentata se si volesse calcolare le spese richieste dal trattamento posteriore di rieducazione funzionale : ma per un'esatta valutazione dell'aggravio che sarebbe portato dalla riforma della obbligatorietà delle cure, va anche diminuita di quello che può rappresentare la spesa delle prime cure.

Ripeto che siamo nelle condizioni più favorevoli per l'economia delle cure : ma i centri industriali sono frequenti in Italia, e buona parte degli operai dell'industria, verso cui si dovrebbe esercitare l'obbligo di cure, potrebbe venire curata con una spesa che si può dire realmente modica. (1)

---

(1) In una grossa azienda industriale che esercita le cure dei suoi infortunati per mezzo di guardie mediche ed ambulatori (escluse quindi

Io ho voluto anche fare un'applicazione pratica dei dati raccolti, al *caso particolare di un Istituto assicuratore che* chiamerò Alfa.

Questa società d'assicurazione ha avuto nel 1921 casi di infortunio n. 2826 di cui 2556 guariti con invalidità temporanea, 261 con permanente, e 9 casi di morte, Ha pagato (senza le spese legali amministrative ecc. relative) L. 536.000 per invalidità temporanea (durata media per infortunio di giorni 19 con indennità media di L. 210) ; L. 490.445 per permanenti, L. 167.500 per casi di morte ; in tutto L. 1.112.705. (È da notare che solo per parte del 1921, hanno avuto vigore le modificazioni alla legge che importavano un aumento di indennizzo. Nel primo semestre di quest'anno le sole permanenti ammontano già a più di L. 600.000, e le temporanee hanno già richiesto un indennizzo di L. 357.440).

Alfa assicura stabilimenti che per due terzi si possono considerare dislocati in zona industriale (cioè in grandi centri – Torino – Milano – Genova – e vicinanze), dove vi sono condizioni favorevoli per un minor costo ; e per un terzo in zone che chiameremo campagnuole (lontani da grandi centri, e dove esistono condizioni favorevoli ad un maggior costo). Supponiamo che tutte le cure avessero dovuto essere a suo carico. La cifra da me data di L. 10 per gl'infortunati dei grandi centri, portiamola pure al doppio cioè a 20 lire per infortunato ; avremmo avuto 1084 (i $^2/_3$ di 2826) – moltiplicato per 20 – L. 21680. . . . Aumentiamo ancor più la cifra per gl'infortuni della zona più costosa, (che riguardano ⅓ di 2826) cioè portiamola a L. 60 : (1) avremo L. 55520.

Supponiamo che metà dei casi di permanente cioè $\frac{270}{2}$ = 185 (– notisi che la spesa del ricovero ospedalierò di parecchi infortunati è già inglobata nella prima media di L. 20,) abbiano bisogno di cure successive in reparti ospedalieri, di meccanoterapia, ecc. e calcoliamo le spese per ognuno a lire 420 (n. 30

---

le cure ospedaliere e consecutive) le spese ammontano oggidì ad una media di L. 4 annue, per ogni operaio.

(1) Si può partire da questo presupposto che una temporanea di durata media di 19 giorni abbia richiesto una media di 9 visite (se il medico avesse un contratto a forfait non si raggiungerebbe allora certamente la cifra presupposta.).

giornate a lire 20). Sono altre L. 111.000. Tirando le somme arriviamo a 188.200 lire, che rappresentano certamente un limite di preventivo molto largo. Questa sarebbe la spesa di tutte le cure che graverebbe sopra l' Istituto assicuratore. (Naturalmente se la cura di ogni infortunato venisse retribuita col sistema di pagamento a visite, o si volesse impiantare, come per il Sindacato Siciliano, posti di soccorso per ogni stabilimento con medici, altri posti di soccorso e cure in ogni piccolo comune o località dove dimorano gl'infortunati con altri medici, le cifre sarebbero del tutto insufficienti e bisognerebbe giungere al triplo. (1)

Comparate con la cifra dei premi che incassa la società, le spese di cura rappresenterebbero all' incirca il 7%. Se essa in via d'ipotesi si rivalesse di tutto questo carico sull'industriale assicurato dovrebbe aumentare i premi di tale somma, il che tradotto in un esempio pratico farebbe si che una ditta avente 1.000 operai con paga media giornaliera di L. 20, – e 300 giornate lavorative (L. 6.000.000 di salario) e che paghi il tasso medio del 25 per mille, avrebbe un aumento di circa 4.100.00 – Non possiamo certo dire che sarebbe un carico grave, dannoso ed insopportabile all' industria. (2) Quanti industriali spendono di più per ottemperare all'obbligo delle prime cure? Non parliamo poi di quelli che danno anche le successive.

Ma tutto questo è detto partendo dal presupposto che la prestazione gratuita delle cure rappresenti una spesa aggiunta alle attuali, diremo così, in pura perdita; bisogna notare invece che di fronte al passivo vi è una partita di attivo.

Vediamo pertanto questa contropartita attiva.

---

(1) Vedi capitolo seguente sull'« *organizzazione sanitaria* ».

(2) In Italia nel 1920 secondo cifre desunte da una relazione del D'Aroma, – direttore generale delle Imposte al Ministero delle Finanze, si sono pagati 7,1 miliardi di salari ad operai delle industrie. Ora calcolando che per l'assicurazione gl'industriali abbiano pagato un tasso medio del 25 per mille, la cifra dei premi pagata ascenderebbe a L. 177.500.000. Se le spese di cure vengono calcolate nella cifra del 6,5% dell'ammontare dei premi, esse salirebbero a L. 11.537.500. Se vogliamo invece portarle al 15% (superiore anche alla media Svizzera dell'ultimo triennio) noi arriviamo ad una spesa complessiva di L. 25.635.000. Possiamo dire che questa somma rappresenti un carico eccessivo per l'industria?

Intanto è da *detrarre dal passivo l'importo del costo delle prime cure*, che la vigente legge fin dal 1898 ha posto a carico del datore di lavoro.

Non si possono concretare cifre sicure per questo importo, perchè queste spese sono molto variabili a seconda che vi è o no servizio di infermeria nell'interno dello stabilimento; che vi è o no una convenzione con qualche medico locale; a seconda del genere di prestazioni (semplici medicazioni, oppure atti operativi) che vengono fornite all'infortunato. Ad ogni modo queste spese possono passare a scarico parziale di quelle che l'Istituto, chiamato ad apprestare le cure, deve sostenere, e costituiscono certo uno scarico di entità non indifferente (lasciando a parte la questione della spesa dei certificati).

Ma ben più cospicuo si presenta il cespite costituito dalla *diminuzione delle indennità* che si dovranno liquidare per l'invalidità temporanea (1) o permanente. Questa rappresenta per l'Istituto assicuratore la ragione più decisiva del suo intervento, e concreta anche in un fatto economico vantaggioso, quell'interesse innegabile della collettività, che abbiamo sostenuto essere soprattutto legato alla maggior possibile reintegrazione della capacità lavorativa.

La diminuzione del numero e grado dell'invalidità è stato lo scopo che ha determinato la legislazione tedesca ad introdurre (nel 1892) la facoltà agli Istituti assicuratori di assumere le cure dell'infortunato fin dal primo giorno dell'accidente: ed i risultati hanno corrisposto alle previsioni. Già fin dal 1894 al Congresso Internazionale di Milano il Boediker, presidente dell'ufficio imperiale delle Assicurazioni tedesche poteva dichiarare (2) che « cette pessibilité de reduire les rentes proportionellement à l'augmentation de la capacité de travail, est un résultat particuliérment satisfaisant de l' application immediate du traitement ». Egli citava un rapporto del servizio medico della 1ª sezione della Corporazione dell'Industria del ferro e dell'acciaio del Nord-Est, da cui risultava che avendo preso la Corporazione a suo carico tutto il trattamento curativo, nel 1893 una cura prolungan-

---

(1) Fra questi risparmi potrebbe essere annoverata anche la diminuzione dell'indennità giornaliera da corrispondersi ai ricoverati in ospedali od altri stabilimenti di cura.

(2) Vedi Comptes. Rendus. pag. 842.

tesi al di là della 20ª settimana non era stata necessaria che per il 20% dei feriti aventi diritto all'indennità, mentre la proporzione era stata del 55% nel 1888, e del 41 % nel 1889; e che le rendite a pagarsi erano andate progressivamente abbassandosi.

Riporto un'altro esempio, riferito agli anni in cui per il perdurare di condizioni immutate nei prezzi e nel valore della moneta, i confronti sono più significativi. La « Corporazione per le cave di pietra » spendeva nel 1888 marchi 31,468 per le cure; nel 1892 (col 1 aprile di quest'anno entra in vigore il diritto di assumere la cura dell'infortunato anche prima della 14.a settimana) le spese passano a Mr. 99298; nel 1893 a M. 130160. – Si nota l'effetto dell'estensione della previdenze sanitarie. Ma nel 1892 si realizzava già un'economia nelle indennità di Mr. 120000 in confronto del 1890 e la rendita media che nel 1890 era del 41%, passava nel 1892 al 36%, nel 1893 al 35, nel 1894 al 30%. (1)

Un'altro conto particolareggiato di questo periodo di mutamento di sistema (1892) è quello offerto dalla Corporazione dell'industria dei trasporti che ricorre per le cure all'ospedale di Nieder – Schônhausen – Per 107 feriti, si pagò:

Spese per la cura (3 marchi al giorno) . . .	M.	18.582,00
Indennità alla moglie M. 2.220,69 / » ai figli . . » 1.563,94	»	3.784,63
Spese di viaggio	»	2.069,11
Totale	Mrs	24.435,74
Per le migliorate capacità di lavoro si pagò in meno per rendite	M.	22.011,10
Per diminuzione di spese di indennità durante la cura (2)	»	6.700,33
Totale.	Mrs.	28.711,43

L'economia finale fu quindi di Mrs. 4.275,69. (3)

(1) Vedi Kaufmann. – Begründung der in Gesetzentwurfe für die Schweizerische Unfallversicherung aufgenommenene Bestimmungen über die ärztliche Gehandlungen der Verunfallten. – Verhandlugen der national rätlichen Kommission. – XXI Sitzung. – 12 Mai 1896.

(2) Durante il ricovero in ospedali, l'indennità in denaro viene ridotta in varia misura a seconda delle condizioni di famiglia (in generale a 3/8 invece dei 2/3 del salario).

(3) Zweiter Jahresbericht über die Thatigheitder Heims stätte für Verletze zu Nieder. – Schönhausen.

E così la « Corporazione » dei fabbricanti di birra riduce il numero delle invalidità permanenti residue dal 17,60 al 7,98 per mille.

Questi esempi si possono moltiplicare. Fra i più istruttivi e specificati sono quelli che riguardano il trattamento ospedaliero specializzato di lesioni da infortuni, e che ricavo dal « Festschrift zur Einveihung » del nuovo ospedale di Cottbus diretto dal prof. Thiem (Cottbus 1914). In questa memoria il Thiem stesso riferisce i risultati delle cure delle fratture dell'avambraccio. Gl'infortunati appartengono ad un gruppo *A* (di Knappschafts – Berufgenossenschaften) che assume di regola il trattamento dell'infortunato subito dopo avvenuto l'infortunio; ad un gruppo *B* (di Corporazioni industriali), che assume la cura con una certa irregolarità; ed un gruppo *C* (di Corporazioni agricole e forestali) che assume la cura eccezionalmente prima, e di regola solo dopo la 14ª settimana.

Gl'infortunati del gruppo *A* presentarono l'87% di guarigioni; del gruppo *B* il 78% e del gruppo *C* il 62,5%; ed il gruppo *B* ed il gruppo *C* presentarono una maggiore durata di cura (e quindi d'indennità) rispettivamente di 4, $^3/_4$ ed 1, $^1/_4$ rispetto al gruppo *A*.

Un'altra relazione del Thiem dà pure i risultati delle cure delle fratture delle ossa dell'arto inferiore. Ricavo dalle sue cifre il seguente specchietto:

	Guariti completam.	Con residuo d'invalid.
Gruppo A =	373	163
» B =	676	404
» C =	412	412

Le differenze sono così chiare che non hanno bisogno di essere illustrate.

Nella stessa memoria il Dott. Erfürth riferisce i risultati delle cure di fratture di altre ossa; scelgo fra queste quella della clavicola. Fra i fratturati della clavicola che avevano ricevuto solo cure comuni a domicilio, ricevevano rendite (erano cioè parzialmente invalidi) dopo un trimestre, il 99,42% – dopo un'anno il 68,61%; dopo due anni il 45,35%; dopo 3 il 27,91%; dopo 4, il 20,93%; dopo 5, il 14, 53%; dopo 10 anni il 4,65%. Degl'infortunati invece che ebbero le cure ospedaliere, riceve-

vano rendite dopo un trimestre il 96,30%; dopo un anno il 57,48%; dopo 2 anni il 35,1%; dopo 3, il 20,35%; dopo 4 il 14,82%; dopo 5 il 2,96%; dopo 10 il 1,85%. (1)

Tutti questi risultati di diminuzione dell'invalidità che si traducono naturalmente in guadagno per diminuzione di indennizzi, sono legati all'interessamento con cui l'Istituto assicuratore esegue i suoi obblighi di cura. Perchè, sarà bene rilevarlo una volta per tutte, il vantaggio economico che l'Istituto obbligato alle cure può ricavare, tale anche da compensare o sorpassare l'aggravio delle spese delle cure, è dipendente in parte dal fatto che le cure sieno fornite all'infortunato, ma sopratutto da quello che *le cure siano fornite con diligenza od opportunità di mezzi.* È questa la condizione che chiede correlativamente e logicamente l'obbligatorietà dell'infortunato di sottostare alle cure: l'Istituto che è obbligato a dare, deve badare che sia dato nel miglior modo; allora l'efficacia del sistema sarà sentita.

Se non temessi di appesantire troppo questo lavoro, vorrei riportare parecchie statistiche che mi paiono dare una chiara dimostrazione di questo enunciato. Mi limito a ricordare solo questi dati: se noi prendiano i risultati dell'invalidità negli infortunati dipendenti dalle Corporazioni industriali tedesche, (le quali s'interessano attivamente alla cura, spesso togliendola alla Cassa – Malattie per assumerla a loro carico fin dai primi giorni dopo l'infortunio) ed in quelli dipendenti dalle Corporazioni agricole forestali della Germania (che per esercitare in regioni campagnuole hanno è vero scarsa comodità di esercitare cure proprie, ma che hanno anche dimostrato sempre meno interesse delle Corporazioni industriali ad assumerle); ed in quelli

---

(1) Dalle cifre pubblicate dall'A. ricavo anche una statistica per i casi di infortunati che si erano affidati alle cure dei Kurpfuscher (i nostri mediconi, settimini e compagnia): il 100% aveva ancora invalidità dopo un anno, il 71,63%, dopo 2; il 57,14% dopo 3; il 42,86% dopo 4; il 28,57% dopo 5; il 14,29% dopo 10.

Ho ricordato queste cifre non certo per dimostrare che i medici curano meglio dei ciarlatani, ma perchè mi danno occasione ad accennare di passaggio alla questione, che fu spesso sollevata, in Germania, e che potrebbe presentarsi anche da noi (credo però molto raramente) se affidandosi a tali individui gl'infortunati non possano essere tacciati di mancanza di esecuzione del trattamento curativo. La giurisprudenza tedesca si è dimostrata in generale indulgente, riferendosi alle condizioni di ignoranza e di buona fede in cui poteva trovarsi l'infortunato.

dipendenti dall'assicurazione infortuni austriaca (che non aveva si può dire alcuna ingerenza nella cura, abbandonata alle Casse-Malattie) si vede (mi riferisco a prima della guerra per avere elementi di confronto più omogenei) sempre questo decorso caratteristico; il numero percentuale delle invalidità cresce dal primo, al secondo, al terzo.

Specialmente ciò è visibile nelle invalidità gravi. Ecco per es.: un saggio di cifre che può dare un'idea di quanto affermo. Si riferiscono al 1906-1907, e riguardano invalidità permanenti al disopra del 50% (rendita).

	Germania		Austria
	Indust.	*Agricole*	
Con rendita			
dal 50 al 75	3,80%	4,34%	8,8% (dal 50 al 65)
» 75 » 100	1,83%	2,08%	10.20 (» 66 2/3 al 83 1/3)
Invalid. totale	0,93%	1,06	2,— (100%).

In Inghilterra (cure libere) le statistiche di infortuni riguardanti industrie del ferro, danno solo il 65% di infortunati guariti in 14 giorni; altri gruppi industriali danno anche solo il 41%.

Ma senza ricorrere all'esperienza straniera possiamo anche dalla nostrana desumere la prova che il vantaggio che deriverebbe all'Istituto assicuratore dell'assunzione a suo carico delle cure, sarebbe ragguardevole.

In quella società d'assicurazione – Alfa – che ho già ricordato più sopra, vi furono nel 1921 n. 2556 temporanee risarcibili (esclusi cioè i casi di cosidetta franchigia – meno di 6 giorni). Questa società assicura ditte e stabilimenti, di cui parecchi sono in centri industriali, parecchi disseminati in paesi. La durata media delle temporanee per ogni caso di infortunio fu di 19 giorni; l'indennizzo medio pagato per temporanea di L. 210, il che porta in cifra rotonda l'indennizzo per giornata a L. 11. – Ora da una statistica da me fatta sulla durata dell'invalidità temporanea, sopra circa 9000 infortunati (esclusi i guariti in franchigia) che furono curati in ambulatori per le cure degl'infortunati (compresi 127 casi di ricovero ospedaliero con 4234 giornate di degenza) la media della durata della temporanea è risultata di giorni 15

e frazioni. Calcolando che qualcuno (sono una percentuale molto bassa) degli stabilimenti assicurati presso Alfa fruisca di questi ambulatori e quindi abbia potuto risentire in parte di queste condizioni più opportune di cure, io valuto a 3 giorni solo la minor durata per ogni caso che l'Istituto avrebbe potuto registrare, se questa specie di obbligatorietà di fatto (non coattiva) con cui gli operai ricorrono a questi ambulatori per avere cure complete e più appropriate, avesse trovato un'applicazione per tutti i suoi assicurati colpiti da infortunio. E moltiplicando 3 x 11 sono L. 33, che moltiplicate a loro volta per 2256 fanno L. 74448 che l'Istituto avrebbe risparmiato solo sulle temporanee, indipendentemente dal minor numero o gravità di permanenti che sarebbero residuate.

Che vantaggio può rappresentare un'obbligatorietà di cure tecnicamente ben intesa può anche desumersi dalla considerazione di alcuni dati statistici che devo alla cortesia della Cassa Nazionale Infortuni. Per gl'infortuni industriali l'uso di ambulatori generali o speciali (della Cassa), di ospedali, l'intervento di specialisti, l'opera più efficace di controllo, che sono stati organizzati nei centri di qualche importanza da questo massimo fra i nostri istituti di assicurazione, concretano un' opera di assistenza sanitaria che in fondo realizza un sistema di prestazioni delle cure da parte dell'Istituto. Da parte dell'infortunato vi è un ricorso di fatto, che si può dire generale, a questa assistenza sanitaria, che resta incompleta solo per i casi di rifiuto (non frequenti) che viene opposto al ricovero ospedaliero od al trattamento operativo.

Per gl'infortuni agricoli naturalmente l'assistenza sanitaria della grande maggioranza dei casi si svolge ancora nelle forme della comune assistenza, con usufruimento delle risorse tecniche (uomini e mezzi) che offrono i comuni di soggiorno degl'infortunati, ed alle quali questi possono e vogliono ricorrere.

Al lume di queste considerazioni, basterà citare le seguenti cifre :

	Infortuni Industriali			Infortuni Agricoli	
	Anno			Anno	
	1920	1921		1920	1921
Invalidità temporanea di più di 5 giorni	95359	101714	*Più di 10 giorni*	29.676	40.683
meno di 6 giorni	11760	11760	*meno di 11 giorni*	3.774	4.109
	107119	116396		33.452	44.792
Invalidità permanente					
parz. fino al 9%	5419	5410		—	—
» » » *19%*	1885	1724		(1) 519	1013
» » » *29%*	630	678		577	839
» » » *39%*	444	422		652	844
» » » *49%*	163	141		134	211
» » » *59%*	72	62		98	123
« » » *69%*	49	59		84	77
» » » *79%*	59	63		88	66
» » » *89%*	17	14		21	21
» » » *99%*	9	11		5	7
	8747	8759		2178	3201

(1) Sino al 1° Maggio 1921 dal 16 al 19%.

A considerare queste cifre balza subito agli occhi evidente la sproporzione fra il numero degli infortunati e quello delle invalidità, per le due categorie. Se noi togliessimo dal numero delle invalidità permanenti per infortuni industriali le invalidità inferiori al nove per cento: avremmo che: su 107.119 casi nel 1920 sono residuate 3328 e su 116.396 nel 1921, 3179 invalidità; mentre sopra 33.452 infortuni agricoli del 1920 ne sono residuate 2178 su 44.792 del 1921 n. 3201. Una percentuale più che doppia negli agricoli in confronto agli industriali. E la maggior proporzione degli agricoli sarebbe ancora più colpente se considerassimo le forme d'invalidità più gravi a partire dal 30% di invalidità.

Questo fatto va posto evidentemente in rapporto, se non esclusivamente, certo principalmente al trattamento curativo diverso. Basterà ad esempio osservare lo specchietto che segue per vedere a quale media di durata si spinge la temporanea negli infortuni agricoli (confrontare colla mia media sopra riferita della durata nei curati negli ambulatori!) e trarre un argomento dimostrativo in favore della nostra tesi.

I casi di inabilità temporanea dell'anno 1920 dell'assicurazione Agricola si distribuiscono – riguardo la loro durata – come segue :

da giorni	11	a	15	N. 4,092
»	11	»	20	» 5,251
»	21	»	25	» 4,177
»	26	»	30	» 3,699
»	31	»	35	» 2,943
»	36	»	40	» 2,041
»	41	»	45	» 1,468
»	46	»	50	» 1.070
»	51	»	55	» 767
»	56	»	60	» 693
»	61	»	65	» 618
»	61	»	65	» 618
»	66	»	70	» 423
»	71	»	75	» 332
»	76	»	80	» 247
»	81	»	85	» 220
»	86	»	90	» 218
»	91	»	100	» 628
oltre i	100	giorni		» 789
Totale		. . . .		N. 30.294

Sono cifre di durata veramente eloquenti !

Se vogliamo avere anche un altro confronto istruttivo possiamo ad es : comparare i risultati del Sindacato Siciliano per infortuni sul lavoro delle miniere di zolfo, il quale esegue tutte le cure complete, ed il nostro Istituto assicuratore Alfa, che se ne disinteressa, salvo che per i controlli. Prendiamo l'anno 1921. Il Sindacato Siciliano per n. 2660 casi seguiti da sola invalidità temporanea ha pagato L. 187.317 ; l'Alfa per n. 2556 (numero un pò inferiore) ha pagato L. 536.700. Il primo ebbe una durata media di invalidità temporanea di giorni 13,34, il secondo di giorni 19. Lasciamo stare che la differenza nell'ammontare degl'indennizzi dipenda in parte dal maggior salario che percepiscono i nostri operai in confronto dei minatori, ma se l'Alfa

avesse avuto la media durata del Sindacato avrebbe risparmiato (ad 11 lire per giornata) circa 140.000 lire in soli indennizzi per temporanee.

Il Sindacato Siciliano ha avuto nel 1921 n. 146 casi di invalidità permanente ; Alfa per un numero press'a poco uguale (anzi leggermente inferiore) di infortunati ne ha avuto 261 : il primo ha pagato L. 411.315, il secondo 490.445. Se non altro erano circa 80.000 lire che si sarebbero potute risparmiare.

E se tirassimo ora a conclusione il passivo e l'attivo, vedremo che Alfa di fronte ad un aggravio di 188000 lire per spese di cure, avrebbe realizzata per solo risparmio in indennizzi di invalidità temporanea e permanente non meno di 220.000 lire.

Io non sostengo certo che i miei calcoli preventivi corrispondano esattamente alla realtà delle cose ; basta pensare all'enorme varietà di casi, combinazioni, situazioni diverse che possono influire sulle spese di queste cure per capire come sia impossibile evitare errori ; ma con tutte le riserve che sono doverose, io credo che la parte passiva ed attiva possono ritenersi calcolate con una approssimazione, che serve ad indicare nelle grandi linee il vantaggio e lo svantaggio economico del sistema di cure obbligatorie.

E non insisto oltre su questi dati statistici, (1) perchè mi pare sufficientemente dimostrato, ed è del resto intuitivo, che dove si forniscono le cure complete, e queste sono organizzate in modo opportuno, si hanno minori durate delle temporanee, e minori conseguenze di invalidità permanente, che servono nei loro effetti economici a compensare, e con tutta probabilità a superare, il carico finanziario dell'assunzione di tutte le cure. E questo risultato tanto più sarebbe spiccato se la cure si spingessero razionali e regolari fino al maggior ricupero possibile della funzione con tutti i mezzi: ginnastici, elettrici, idroterapici, balneari, ed anche operativi (nei limiti concessi) che sono a nostra disposizione.

Fu Marestaing, che era il direttore di una delle più vecchie e potenti società francesi di assicurazione, che disse al congresso di Parigi (1889) che « la cure medicale determine la co-

---

(1) Potrei ad es: citare quelli di un'altra Società di assicurazione che assicura parecchi stabilimenti in paesi e città. Da essi risulta una durata media di cinque giornate in più per gli operai curati in paesi, in confronto

tisation des pertes » e l'opinione di un assicuratore da così indubbia ocmpetenza ed autorità può essere accolta anche dai suoi colleghi, perchè risponde ad una profonda verità.

E del resto, dato anche e non concesso, che i compensi da noi dimostrati non si verificassero, l'aggravio che verrebbe dalla riforma della legge, sia in rapporto agli Istituti assicuratori sia ai datori di lavoro, non rappresenterebbe certo uno di quegli oneri intollerabili che superano le forze degli organismi chiamati a sopportarli, e producono nel loro funzionamento ferite profonde che si ripercuotono poi dannosamente sull'economia nazionale. Molte leggi richiedono, per ragioni di interesse pubblico, aggravi su categorie o classi della nazione; e l'interesse pubblico sarebbe tale nella questione delle cure da giustificare anche il nuovo peso sull'assicurazione. Ma lo si può richiedere a cuore tranquillo, perchè non solo è prevedibile che non si tratti di un peso grave, ma che anzi con la buona volontà, e la buona organizzazione, esso potrà scomparire per dar luogo ad un positivo vantaggio anche dal lato economico.

***

Accanto agli effetti economici, il problema dell'obbligatorietà delle cure per parte dell'Istituto chiamato ad apprestarle, presenta aspetti pratici di grande importanza.

Fra essi si presenta in primo luogo la questione se *l'obbligo debba limitarsi ad un puro e semplice pagamento da parte dell'obbligato,* delle spese che l'infortunato dichiarerà o dimostrerà di aver incontrato per la cura della propria lesione, lasciando ad esso la più ampia libertà di regolarsi come crede. Ritengo che basti enunciare tale tesi per comprenderne tutta la debolezza pratica e dottrinale.

Se l'obbligo delle cure dovesse limitarsi per il prestatore alla sola funzione di pagarne le spese, senza avere alcuna ingerenza o sorveglianza sul trattamento curativo, si avrebbero tali abusi in pratica, e si avrebbe una così evidente coartazione del diritto, se non sempre giuridico, certo morale, di poter sorvegliare il funzionamento di un impresa che viene posta a nostro

---

di quelli curati in città; e potrei citare statistiche di miglioramenti ottenuti nelle invalidità con cure di ginnastica medica, idroterapiche, ecc.

carico, che non riteniamo occorra soffermarsi a dimostrare la necessità che chi sostiene le spese del trattamento curativo, abbia facoltà di ingerirsi nel trattamento stesso. Potrà essere questione dei limiti e modi di questa ingerenza, e su questo punto avremo occasione di ritornare; ma non questione del principio in sè. E del resto se si pensa che la legge vigente ha già accordato diritto di controllo (art. 103 – Reg. per infortuni industriali, ed 89 - Reg. per infortuni agricoli) all'istituto assicuratore, pur senza che questi avessealcun obbligo alle cure, si comprende come a maggior ragione il diritto debba sussistere quando questo obbligo fosse imposto.

Questione di notevole importanza è quella di stabilire a *quali persone od Enti debba essere addossato l'obbligo di queste cure.* Sarà il datore di lavoro, o sarà l' Istituto assicuratore ? (1)

Se esaminiamo le legislazioni (2) dei paesi dove vige l'obbligo delle prestazioni sanitarie, vediamo che generalmente la legge ha chiamato in causa anzitutto il datore di lavoro, ma che però ha lasciato facoltà a lui di rivolgersi all'Istituto assicuratore per il rilievo del suo obbligo. In Germania la legge ha prescritto di regola l'intervento dell'Istituto assicuratore; solo in qualche caso, per es: mancata appartenenza dell'infortunato ad una Cassa-Malattia, ha fatto carico al datore di lavoro delle spese di cura per le prime settimane. Disposizioni analoghe sono contenute nelle leggi di altri paesi (Danimarca, Ungheria, Lussemburgo, ecc.) che più direttamente si sono ispirate alle leggi tedesche. Altri stati invece, come la Francia, il Belgio hanno impegnato più recisamente il datore, ma sempre lasciandogli facoltà, o in generale o per casi particolari, di valersi dell'opera di società mutue, o sindacati e così via.

In complesso la risoluzione pratica del problema si è orientata verso l'intervento dell'istituto assicuratore.

Ed è anche per chi riflette, la risoluzione che meglio permette di raggiungere gli scopi dell'obbligatorietà.

---

(1) Non è il caso di complicare la discussione col considerare le varie forme di assicurazione imposte dalla legge (Cassa Nazionale, Società o Compagnie private, Casse private, Sindacati di Assicurazione mutua); come le norme speciali per lo Stato e per le Società ferroviarie (vedi art. 19-20 della legge 1904): sotto la denominazione Ente assicuratore, noi comprendiamo tutte le forme riconosciute dalla legge.

(2) Vedi Capitolo sulla legislazione straniera.

La cura dell'infortunato tende essenzialmente a due fini principali che sono naturalmente fra loro strettamente rispondenti ; una è la guarigione anatomica della lesione (cure propriamente dette) ; l'altra è quella del ripristino della funzione. L'importanza di questa seconda parte è si può dire esclusivamente sentita dall'istituto assicuratore, il quale però è anche fortemente interessato al conseguimento del primo, perchè per lui guarigione rapida e buona guarigione si traducono in minor spesa. Il datore di lavoro, a cui fossero addossate le spese delle cure, sentirà precipuamente il primo lato del problema terapeutico, quello dalla guarigione che permette all'infortunato di riprendere il lavoro ; sentirà molto meno il secondo, perchè finanziariamente avrà per lui solo una ripercussione indiretta, che è generalmente meno avvertita. C'è una forma di assicurazione in cui l'interesse del datore di lavoro alla migliore reintegrazione della capacità lavorativa é più direttamente avvertito, ed è quella dei Sindacati (reali e non fittizi) in cui egli agisce come assicurato e come assicuratore di sè stesso ; (1) anche allora la ragione di convevenienza non perde molto del suo valore, perchè sarà sempre il socio in quanto assicuratore, più che non come datore di lavoro, che sentirà il maggiore interesse per il buon esito delle cure.

Dimodochè tenendo presente questo punto della *maggior importanza che la cura dell'infortunato presenta per l'Ente assicuratore*, ci pare scaturire più ragionevole la conseguenza che sia esso chiamato ad assumerne l'obbligo. È negli scopi della legge che la cura sia fatta il meglio possibile ; e questo interesse collettivo, con nessun'altro interesse meglio combacia che con quello dell'Istituto assicuratore. È logico poi che chi si aspetta il più grande vantaggio, sia quegli che se ne addossi il carico.

Tanto più che abbiamo dimostrato essere *quest'obbligo sovratutto redditizio per lui*, e più direttamente per lui che per altri. Siamo d'accordo che in fondo l'Istituto assicuratore è un organismo che non fa che rilevare il servizio di applicazione della

(1) Sono precisamente i Sindacati che il ministro presentatore della legge del 1898 On. Barazzuoli (Vedi capitolo primo sulla Legislazione italiana ed appendice) invocava come quelli che avrebbero meglio risolto il problema dell'assistenza sanitaria. Le sue previsioni però non sono state molto confermate dai fatti.

legge, lasciando il reale peso dell'assicurazione al datore di lavoro ; ma nella distribuzione delle funzioni si è creata una certa indipendenza per cui rimane al primo una configurazione amministrativa ed economica sua propria, che lo possono rendere un'impresa a rischi, profitti e perdite speciali, non legati, con forzato parallelismo, alle sorti del datore di lavoro.

Inoltre v'è da considerare la ragione di ordine puramente pratico che l'*Istituto assicuratore si trova meglio in grado di organizzare le cure stesse.* Esso è già un'organizzazione complessa, con propaggini più estese, che ha già un'impalcatura amministrativa, legale, sanitaria, in molti dei luoghi dove si esplica la sua attività. Il datore di lavoro è invece molte volte un isolato, che si trova lontano da altri consoci, impossibilitato di soddisfare praticamente alle esigenze di una cura completa, le quali ricadrebbero su di lui, isolato, con soverchio peso economico. Si pensi per es : a tutti i datori di lavoro, che occupano pochi operai e sono decine di migliaia ; a quelli che sono fuori dei grossi centri di popolazione; e si vedrà come il problema sia per loro onusto di difficoltà. Per un Istituto di assicurazione esso invece sarà sempre, non dico più facile, ma meno difficile.

Eppoi francamente anche per la giustizia distributiva di queste, che nei momenti di cattivo umore, si chiamano seccature delle leggi, mi pare che il datore di lavoro possa pretendere in confronto dell'Istituto assicuratore che questo. . . . passi prima.

Potrebbe piuttosto affacciarsi la questione se sia più conveniente *nei confronti della psicologia delle masse operaie*, affidare il compito delle cure al datore di lavoro, che non all'Istituto assicuratore. I legami più stretti di interessi fra di essi, che non fra l'operaio e l'Istituto, sembrerebbero indicare come migliore (perchè basata su rapporti di maggior fiducia) la prima soluzione, la quale pur non eliminandola, toglierebbe forza ad una riesumazione del vcechio adagio « Timeo Danaos et dona ferentes ».

Non ritengo però si debba dare a questa preoccupazione maggior peso di quello che merita. Intanto essa riguarderebbe in caso, sopratutto il modo con cui le cure vengono fornite, e non la « persona » (giuridicamente intesa) che ne deve sopportare la spesa : che questa sia il datore o che sia l'Istituto assicuratore, sarà per l'infortunato abbastanza indifferente. D'altra parte l'applicazione della riforma non deve essere inficiata pregiudi-

zialmente da diffidenze o da ostracismi da una parte, nè da fiscalismi dall'altra; uno spirito di sincerità e di solidale collaborazione deve presiedere ad essa; e non é giusto che un provvedimento che fosse ritenuto necessario per altre ragioni, dovesse essere modificato per motivi di scarsissima consistenza pratica e di minor opportunità morale.

Ammesso per tanto che l'obbligo delle cure debba toccare all'Istituto assicuratore, si presenta la questione se fra esse siano da *inglobare anche quelle « prime cure »* di cui fin'ora la legge ha fatto carico al datore di lavoro. Quando l'On. Zavattari (1) propose l'inclusione nella legge di questo provvedimento, egli la giustificò col fatto che « gli stabilimenti sono nella maggior parte fuori della città – ed in quei luoghi medici non vi sono ». Qualcuno potrebbe pensare che in fondo si tratta di passare semplicemente la spesa delle cure dal datore all'assicuratore, ma che l'organizzazione delle cure non ha bisogno di essere variata. In pratica realmente le cose non correrebbero così liscie. L'obbligo delle « prime cure » doveva portare nell'intenzione del legislatore alla creazione di posti di soccorso, infermerie, guardie mediche ed ambulatori medici nell'interno degli stabilimenti; ed in molti casi realmente questi provvedimenti sono stati attuati. Ma se molti stabilimenti sono stati indotti ad assumere un medico interno, anche con orario limitato, ciò è dipeso dal fatto che ad esso potevano essere affidati altri compiti che erano utili per l'industriale, come quello della sorveglianza igienica, delle visite preventive nell'accettazione degli operai, delle visite agli operai ed impiegati che si astengono dal lavoro per ragioni di malattia, ecc. Si tratta di mansioni (a parte le visite preventive che possono rientrare nei fini dell'assicurazione) che fuoriescono dal campo infortunistico, e ciò potrebbe essere causa di intralcio e di confusione se il servizio sanitario fosse posto a carico dell'Istituto assicuratore, che ha il solo interesse, ed obbligo, di curare gl'infortunati.

D'altra parte è certo che lo staccare le prime cure dal resto del trattamento curativo, porta oltre che a complicazioni contabili ed amministrative, ad un aumento dannoso di spese (duplicati di personale, di presidi sanitari, ecc.) e anche a possibilità di variazioni nel trattamento curativo, che sono quasi sempre

(1) Vedi Appendice al Capitolo primo sulla legislazione italiana.

sfavorevoli al buon esito del trattamento stesso. Si ripeterebbero in scala minore, perchè più limitati nel tempo e nelle conseguenze, alcuni di quegli inconvenienti che furono rilevati in Germania nell' attribuzione alle Casse-Malattia della cura degl'infortunati per le prime settimane, e che portarono all'adozione della facoltà concessa all' Istituto assicuratore di assumere la cura a partire dal momento dell'infortunio. Fra questi inconvenienti vi sono quello del minor interesse pel primo medico curante di fissare gli elementi diagnostici medico-legali di sussistenza della lesione-infortunio (rapporti fra strumento o meccanismo traumatico e natura e grado della lesione ; caratteristiche di autolesioni ; constatazioni di sintomi transeunti ma preziosi per i giudizi successivi sulla dipendenza traumatica della lesione o malattia ; ad es : per le ernie, per i fatti commotivi cerebrali, ecc.) e quello di non tener presente in eventuali interventi operativi lo scopo della maggior conservazione possibile della capacità lavorativa.

In pratica la conciliazione di questi diversi interessi non presenta difficoltà : posto per ragioni di principio e di unità semplificatrice, l'obbligo di tutte le cure a carico dell' Istituto assicuratore, potrà sempre questi accordarsi col datore di lavoro, sia per usufruire dell'organizzazione che questo ultimo abbia già impiantato per le prime cure, sia per permettere che la propria organizzazione sanitaria serva anche per gli scopi sanitari « extra-infortunistici » che al datore di lavoro preme di realizzare.

Del resto la legge, se vorrà preoccuparsi di casi particolari in cui l'obbligatorietà delle cure possa essere raggiunta più facilmente nei suoi scopi curativi, in rapporto al dispendio economico, dal datore di lavoro che non dall'Istituto assicuratore, potrà sempre nelle sue disposizioni *lasciare la possibilità di una responsabilità comune* o *di una sostituzione reciproca.* Però ritengo che per semplicità di procedimenti ed a scanso di complicazioni, sia meglio, di regola, chiamare uno solo di essi a rispondere di quest'obbligo, e che fra i due, per le ragioni sopraddette, sia da scegliersi l'Istituto assicuratore.

Un'altro lato del problema pratico è quello della *gestione non solo economica, ma tecnica del servizio sanitario.* Deve l'Istituto assicuratore gerirlo direttamente con proprio personale, o deve solo conservare funzioni di direzione e di sorveglianza ?

Rispunta qui la questione della libera scelta del medico curante che abbiamo già più sopra trattata sotto un altro punto di vista. (1)

Dirò subito che un *diritto, senza restrizione, di scelta del medico curante da parte dell'infortunato mi pare dannoso* per la buona applicazione della legge sugl'infortuni, come lo reputo del resto dannoso per altre leggi di assicurazione sociale (ad es. quella obbligatoria contro le malattie). Lo scopo che si vuole conseguire, con questo provvedimento dell'obbligatorietà bilaterale delle cure, di migliorare il procedimento curativo nei suoi effetti biologici, ed economici, andrebbe in gran parte, o del tutto frustrato. Più ancora che adesso, quando le spese delle cure fossero a carico dell'Ente responsabile, assisteremo ad indulgenze od abusi da parte dei medici che sarebbero scelti non in base a criteri tecnici di capacità e di serietà, ma di simpatia, o di interesse personale dell'infortunato. Si dirà : ma col diritto di controllo, l'Istituto assicuratore potrà sempre intervenire a raddrizzare gli errori, a scoprire le indulgenze, a troncare gli abusi. È vero che ciò potrebbe avvenire in parecchi, in molti casi ; ma quanti sfuggirebbero ! E poi come organizzare in un servizio così esteso, una rapidità di controllo tale che arrivi sempre e tempestivamente a togliere gl'inconvenienti lamentati? quale dispendio richiederebbe ?

Si aggiunga che con la libertà insindacabile di scelta l'infortunato potrà *passare dall'uno all'altro medico di sua iniziativa*, con danno probabile per il buon esito della cura, (1) che per quanto possibile deve rimanere sempre nelle mani di uno stesso curante, e con un aumento grande della difficoltà di scoprire gli eventuali abusi.

La libera scelta del medico, che trova come abbiamo visto, argomenti giuridico-morali di discutibilie e contrastabile valore in suo appoggio, nella pratica non trova che ragioni di opposizione.

Dobbiamo allora obbligare l'Istituto assicuratore ad *eser-*

---

(1) Vedi capitolo sugli « *Aspetti giuridico-morali dell'obbligatorietà delle cure nei riguardi dell'assicurato tenuto a sottoporsvisi* ».

(2) La legge Svizzera per esempio prescrive che l'infortunato il quale sia sotto trattamento curativo non possa cambiare di medico che per serii motivi, e con l'approvazione della Cassa Nazionale.

citare le cure mediante medici direttamente da lei dipendenti? Questa mi pare anche una misura estrema, non consigliabile. Ritengo che l'Istituto stesso sarebbe il primo a deprecare simile disposizione, perchè gli creerebbe la necessità di una mastodontica organizzazione burocratica. I medici curanti poi avvertirebbero di fronte all'infortunato una specie di disagio morale nel doversi considerare come impiegati dell'Istituto, e l'infortunato a sua volta sentirebbe spuntare una certa diffidenza verso questi rappresentanti diretti e stipendiati di un Istituto, che egli è portato da una lunga consuetudine a considerare come suo antagonista nel campo degli interessi economici. Il sistema avrebbe molti inconvenienti che non paiono compensati da speciali vantaggi. In fondo che cosa si deve proporre l'obbligatorietà delle cure? Che queste siano affidate a mani capaci, con gestione per quanto possibile economica, e bene accetta dall'infortunato che, non bisogna dimenticarlo, può colla sua buona e cattiva volontà aiutare od ostacolare efficacemente il buon esito del trattamento curativo. Nei piccoli paesi non vi è imbarazzo della scelta perchè non vi è che un medico, e per i casi leggeri non si potrà pensare a far capo ad altri che a lui. Nei centri dove vi sono più medici, e specialmente nei grossi centri industriali che sono quelli che danno il maggior contingente d'infortunati, vi è da parte dell'Istituto la possibilità di scelta di un personale tecnico che dia a lui ed all'infortunato affidamento di capacità e serietà. Vi sono già organizzazioni sanitarie che hanno fatto buona prova (ad es. quelle della « Vigile », dell'Umanitaria, dell'Associazione medica per l'assistenza negl'infortuni del lavoro a Milano, ecc.) che possono segnare, a mio modo di vedere, la traccia di quello che può essere un'organizzazione del genere. I servizi di cura negli stabilimenti, e negli ambulatori possono essere assunti da Associazioni mediche (le quali possono anche comprendere nei loro Consigli d'amministrazione rappresentanti dell' Ente assicuratore, datori di lavoro ed operai, e ciò affinchè tutte le parti interessate siano in grado di controllarne il funzionamento) dietro convenzioni fra esse e l'Istituto assicuratore. L'Ente assicuratore potrà anche rivolgersi ad ospedali, case di salute, che abbiano servizi di guardie, ambulatori, ecc. In tal modo egli dispone di personale tecnico capace, dotato di mezzi idonei per questo lato del servizio, che è quello sufficiente per la maggior parte dei casi d'infortunio.

L'operaio avrà diritto di andare in un ambulatorio piuttosto che in un altro, di scegliere in esso un medico piuttosto che un altro ; egli sa di affidarsi a persone che hanno per così dire una posizione di neutralità, ed una sola preoccupazione, cioè di curarlo nel miglior modo che possono.

Naturalmente il suo diritto di scelta subirà una restrizione perchè circoscritta nell'ambito di questi presidi sanitari ; ma egli non sentirà anche allora riluttanza a ricorrervi, se già l'esperienza attuale dimostra che non ne sente alcuna.

Per i casi che richiedono l'opera degli specialisti od il ricovero ospedaliero, o cure rieducative della funzione, l'Istituto potrà seguire lo stesso sistema di valersi dell'opera di persona e di mezzi già esistenti ; se lo crederà opportuno, potrà istituirne dei proprii.

L'opera dei medici alle sue dipendenze sarà esplicata nei controlli che si reputeranno necessari ; ed il medico potrà in caso venire imposto, quando si tratti di provvedimenti particolari (cure presso ospedali o tecnici speciali). Ma si tratterà sempre evidentemente di evenienze molto rare.

Cosicchè il sistema verrebbe ad assumere con queste basi un carattere di relativa indipendenza per l'infortunato e per il medico, e nello stesso tempo fornirebbe opportune prestazioni tecniche, che mi pare armonizzino bene gli interessi morali e materiali dell'Istituto assicuratore e dell'operaio infortunato.

Un punto che ritengo non possa sollevare discussione in linea di massima è quello della *estensione e durata del trattamento curativo*, cioè che l'obbligo – bilaterale – debba essere mantenuto fino a quando vi è fondata speranza di ottenere notevoli miglioramenti della capacità lavorativa (per il chè meglio converrebbe il sistema di indennizzo in rendita con revisione illimitata); e così pure che nelle cure debba essere compreso anche la fornitura di mezzi protesici ed ortopedici. Non mi soffermo a discuterlo.

Un ultimo aspetto pratico è quello che riguarda *la forma e potenzialità dell'Istituto* in rapporto a questo obbligo di fornire le cure. Ho già accennato nei capitoli precedenti come da organizzatori della classe operaia sia stata elevata, per accettare le cure obbligatorie, una specie di pregiudiziale contro le Società private, che essi tacciano di speculazione a danno degl'infortunati, la quale temono venga continuata anche nel campo delle

cure. Io veramente non riesco a comprendere in che possano divergere gl'interessi dell'Istituto e dell'infortunato ad una buona guarigione ; lo comprendo un po' più quando dal campo delle cure passiamo a quello della valutazione del danno. Ma la « funzione indennizzatrice » dell'Istituto resterebbe per legge, distinta da quella curativa, e se l'Istituto otterrà con le sue cure che il danno residuo sia minore, non si capisce in che questo possa danneggiare l'operaio. Potrà piuttosto presentarsi l'occasione di un giusto reclamo, non perchè l'Istituto « esageri » nelle cure, ma perchè se ne trattenga ; giacchè potrà avvenire che di fronte ad una cura lunga e costosa l'Istituto preferisca una liquidazione di danno che gli costerà meno.

Forse il timore di cui sopra è basato sulla possibilità che si sottoponga l'infortunato a trattamenti pericolosi ? Ma la legge imporrà dei limiti al riguardo. Che si disturbi troppo la pace e gl'interessi privati dell'infortunato ? Ma la legge dovrà procurare di tenerne conto, nei limiti del giusto, e vedremo, un po' più avanti, in qual modo ; e del resto si può credere seriamente che l'Istituto si diverta a spendere fior di quattrini, se non ha buona speranza di giungere ad un miglioramento apprezzabile nella capacità lavorativa ? E questo risultato non richiede anche qualche sacrifizio da parte dell'operaio ?

In fondo io credo che la ragione vera dell'opposizione all'Istituto privato si riduca a quella già riportata più sopra (1) cioè al timore che l'Istituto assicuratore, dominando, per così dire le cure, possa sfruttare i rilievi sull'infortunato a suo vantaggio. Non discuto la fondatezza di questo timore ; ma esso mi pare inglobare un senso di sfiducia verso il medico che non posso sottoscrivere. Del resto col sistema di una parte delle cure affidate ad Associazioni mediche, ad ospedali, ecc. cioè a medici non alla diretta dipendenza dell'Istituto ; e con la facoltà che rimane all'infortunato di farsi assistere in casi di contestazioni da un suo medico fiduciario, mi pare che anche questo supposto pericolo non debba destare preoccupazioni.

Ad ogni modo, poichè il provvedimento politico non sempre parte da criteri di pura giustizia ma anche di opportunità, l'opposizione che accennavo potrebbe costituire, per quel valore

---

(1) Vedi capitolo sugli « *Aspetti guridico-morali dell'obbligo delle cure da parte dell'assicurato.*

che può avere, argomento a favore di una forma di istituto assicuratore in cui l'interesse della collettività sia più fortemente rappresentato, che non quello del socio o dell'azionista.

Più fondato invece può essere il richiamo ad *una grande potenzialità dell'Istituto*. È certo che parecchie delle nostre Società private o Sindacati d'assicurazione difficilmente potrebbero disporre dei mezzi indispensabili per i servizi di cure necessarie, qualora ognuno di essi dovesse pensare ai suoi assicurati, generalmente distribuiti in luoghi o plaghe lontane una dall'altra. Il servizio verrebbe ad attingere costi proibitivi. Pensiamo solo alla cifra che sarebbe richiesta dall'impianto e gestione di qualche istituto ospedaliero o di rieducazione funzionale. Noi vediamo che all'estero gli organismi assicurativi che si addossano l'obbligo delle cure sono o potenti sindacati come in Germania, od Istituti unici statali come in Olanda, Norvegia, ed in Austria. Ed anche da noi si dovrebbe arrivare alla creazione di organismi potenti per mezzi finanziari, che debbano pensare ad un grande numero di assicurati, perchè più aumenta il numero, e più proporzionalmente diminuisce il costo delle cure. Se vogliamo mantenere l'organizzazione attuale degli Istituti assicuratori, bisogna pensare a federazioni di Società ed allargamenti o federazioni di Sindacati; altrimenti bisogna ricorrere ad un Istituto unico-statale o parastatale.

Vi è poi una ragione di ordine finanziario-attuariale che potrebbe rendere difficile per le Società private di assicurazione di adempiere il compito loro imposto, ed è il carattere matematico della loro azione. Coll'esperienze dei rischi si sono potute formulare le tabelle dei premi: ma per il rischio delle cure, come esse si potrebbero regolare?

Il Sindacato o l'Istituto di Stato potrebbero, in caso di disavanzo, richiamare dei supplementi di premi: esse invece si troverebbero nell'impossibilità di farlo.

Ma la discussione sulla migliore soluzione della questione della forma di Istituto, *e se convenga l'unicità o la molteplicità* di essi, ci porterebbe in un campo che non può essere considerato sotto il solo aspetto dell'obbligatorietà delle cure, ma che involge problemi di altra natura e di notevole importanza: esso non può essere certo risolto sotto questo unico punto di vista, e perciò limitandomi all'accenno fatto, ritengo doveroso non entrare in argomenti che non sono direttamente attinenti al tema proposto.

CAPITOLO VII.

Aspetti economici e pratici della questione dell'obbligatorietà delle cure nei confronti dell'assicurato tenuto a sottoporvisi.

Sotto l'aspetto economico l'obbligo delle cure verso l'infortunato rappresenta indubbiamente per questi un vantaggio, in quanto gli assicura *gratuitamente* le prestazioni sanitarie richieste dalle conseguenze dell'infortunio.

È vero che in molti casi (specialmente nei grandi centri) egli trova già attualmente cure complete e gratuite : ma ve ne sono altri in cui l'infortunato deve ancora pagare di sua tasca le cure ; e specialmente il ricovero ospedaliero può dar luogo a spiacevoli sorprese di natura finanziaria.

Uno svantaggio economico potrebbe essere rappresentato dal la *scomparsa di indennizzi* per tante piccole invalidità permanenti che ora fruttano un capitaletto, mentre non diminuiscono il salario : ma si tratta evidentemente di uno sfruttamento della legge che non ha bisogno di essere illustrato nè difeso.

Nè credo si possa parlare di danno economico per la minore cifra di indennizzo che risulterà dovuta in seguito alla migliore reintegrazione della capacità lavorativa. È canone di intuitiva giustizia che il risarcimento deve essere commisurato al danno ed in quanto questo è scomparso, non è giusto sia pagato, tanto più quando vi è il compenso ben più ricco dalla recuperarata capacità lavorativa.

Problemi di un'importanza più sostanziale può sollevare nella sua attuazione pratica l'obbligo di sottostare alle cure. Uno è quello della *misura dell'indennità* che deve essere corrisposta all'infortunato *durante il periodo in cui è obbligato a rimanere all'ospedale* od in altro stabilimento di cura. La nostra legge del 1904 contempla un caso che ha una certa analogia con questo.

ed è quello del ricovero dell'infortunato, consenziente, nell'infermeria dello stabilimento. In questo caso l'indennità (costituita dalla metà del salario) è diminuita di un terzo (art. 119 Reg.) a favore della Cassa dell'infermeria. Però quando l'infortunato entra in un ospedale, istituto, ecc. per accertamenti, la nostra legge mantiene immutata l'indennità.

E così pure disponeva il progetto Cocco-Ortu (1) per tutta la durata della cura, qualunque fosse il luogo o modalità in cui essa si svolgesse.

Delle legislazioni straniere alcune come la legge tedesca, mantengono l'indennità solamente, ed in proporzione ridotta, quando l'infortunato lascia a casa moglie e figli; altre come la legge svizzera la mantengono in ogni caso, ma graduandola secondo le circostanze, e non permettendo che oltrepassi un certo limite, inferiore a quello dell'indennità normale.

Io ritengo equo che una riduzione possa applicarsi nei casi in cui un individuo venga ricoverato in uno stabilimento di cura e venga sollevato così dalle spese del mantenimento e di altre accessorie: *non credo giusto privarnelo completamente*, perchè certe necessità economiche non si arrestano alle porte dell'ospedale.

Quando però egli abbia viventi a carico, l'indennità dovrebbe essere mantenuta inalterata: sia perchè il suo salario dimezzato costituisce sempre un'entrata necessaria e non superflua, sia perchè non è praticamente utile agli scopi di una volenterosa sottomissione, o meglio collaborazione alle cure, che l'infortunato debba constatare che il suo ricovero in un ospedale, per molti riguardi forse poco piacevole, coincide con una diminuzione delle magre entrate della famiglia.

Ma forse più che per questi riflessi economici, l'uso della facoltà di imporre un trattamento curativo di ricovero dev'essere prudente per i *riflessi morali del provvedimento coattivo*. Ce ne dà un esempio la legge tedesca quando prescrive che per il ricovero di infortunati ammogliati o conviventi in famiglia, sia necessario di regola il consenso del paziente. La misura è opportuna, e mi pare rispondere ad un giusto riguardo di quei sentimenti che non devono essere colpiti che in caso di necessità; e come questo degli affetti famigliari, così molti altri sentimenti, dettati da circostanze particolari, possono meritare una doverosa considerazione.

(1) Vedi Appendice Capitolo 1°.

Naturalmente la legge non può scendere ad una dettagliata esemplificazione che sarebbe anche impossibile per il variare dei casi e delle situazioni, e perchè spesso la questione si risolve in un fatto soggettivo solo valutabile individualmente : essa potrebbe adottare la formula del « giustificato motivo » a rifiutare l'entrata in ospedali od altri luoghi simili.

Però deve restare inteso che la formula non deve servire a coprire la cattiva volontà, ed a rendere vani gli scopi dell'obbligatorietà delle cure.

Se un ammalato non ha a casa sua il minimo indispensabile di igiene, se egli non può ricevere in casa sua il trattamento curativo necessario, neanche con speciali prestazioni come quella dell'assistenza di personale apposito (infermieri) ; se egli non segue il trattamento prescrittogli; se si sospettano manovre dolose di aggravamento : se in una parola per questi od altri motivi che si possano immaginare, (1) la prestazione delle cure a domicilio dovesse rendere certa o probabile una ripercussione dannosa negli effetti della cura, allora sarà il caso di passare sopra ed oltre le considerazioni d'ordine sentimentale, e pratico, ed *imporre l'esecuzione del trattamento conveniente*, salvo, in caso di rifiuto, ad applicare le sanzioni della perdita totale o parziale, temporanea o duratura dell'indennità. Naturalmente poichè questa misura, consigliata o non dal medico curante, sarà proposta dal medico fiduciario dell'Istituto assicuratore, sarà norma di giustizia che l'infortunato possa consultare al riguardo un medico di sua fiducia, con facoltà, in caso di disaccordo fra i due medici delle parti, di ricorrere al giudizio arbitrale.

---

(1) Vedi ad es. nel capitolo sulla Legislazione straniera le disposizioni che contengono al riguardo la legislazione della Germania, del Lussemburgo, dell'Olanda, della Rumenia, ecc.

CAPITOLO VIII.

L'organizzazione sanitaria delle cure obbligatorie.

Ua disamina completa della questione dell'obbligatorietà delle cure deve comprendere anche il problema dell'organizzazione sanitaria sotto il punto di vista *della possibilità e del miglior modo* di effettuare un'organizzazione, che risponda agli scopi che il provvedimento riformatore si prefigge. Poichè se l'attuazione pratica dovesse importare inconvenienti, od urtarsi contro difficoltà, che la rendessero infruttifera e fonte di danno più che di vantaggio, bisognerebbe ribattere questi ostacoli sul nucleo delle ragioni che possono sostenere o contestare l'opportunità dell'obbligatorietà delle cure, per averne elementi più completi di giudizio.

Io credo che la possibilità di un'organizzazione non possa essere messa in dubbio: già anche ora, attraverso sistemi vari e disordinati, e spesso insufficienti, la cura degl'infortunati avviene, col concorso dell'assistenza sanitaria dovuta ai non abbienti, dei datori di lavoro, degli Istituti e Associazioni che si occupano di queste cure, e dell'opera privata dei medici. Sarà questione di sfrondare, disciplinare, incanalare: ma i mezzi e personale usufruibili non mancano per un'organizzazione che permetta di fornire le cure agl'infortunati. Dalla base dei medici condotti su su fino agli stabilimenti sanitari di rieducazione funzionale è tutta una catena di provvidenze sanitarie che può rivolgersi all'infortunato ed accompagnarlo nelle diverse tappe che richiederà la sua cura. Non potrà quindi affermarsi dagli oppositori della riforma, la pregiudiziale che si creerebbe con questa una funzione per la quale è ancora da creare l'organo. L'organo c'è.

Ma è doveroso riconoscere che è ancora un organo debole, con molte cellule scarsamente funzionanti ed una trama connettiva poco solida. Vi sono molte deficienze da colmare: deficienze di personale e di mezzi.

Ritengo che il miglior metodo per trattarne, sia quello di seguire l' infortunato nei diversi stadi di cura, di cui può necessitare; così avremo modo di fissare le linee dell'organizzazione come credo possa svolgersi, non con perfezione, ma con praticità e sufficiente bontà di indirizzo ; e di rilevare quelle deficienze che si presenteranno più evidenti per ogni tappa del nostro cammino.

Cominciamo dal medico : ab Jove principium. In molti casi l'infortunato deve, e dovrà anche per l'avvenire, rivolgersi al medico condotto, o al medico locale, che per necessità di cose, esercita la medicina in modo generico. Qualunque ente obbligato a fornire le cure, non potrà certo permettersi il lusso di inviare in ogni piccolo centro un suo medico specialista in queste cure ; occorrerebbe una spesa enorme, insostenibile.

Necessità di cose vorrà quindi che in molti casi le cure, e soprattutto le prime cure seguitino ad essere apprestate da questi medici. Sono essi, in generale, preparati a compiere con sufficiente perizia, le cure degl'infortunati ?

La risposta, dolorosa per chi scrive, che è un medico, è negativa. Si deve riconoscere che la *preparazione dei medici in infortunistica è in generale deficiente* nella tecnica, e deficiente nel giudizio medico-legale, i due elementi combinati dai quali nasce e si completa il trattamento curativo di una lesione d'infortunio che è, non bisogna mai dimenticarlo, non solo un'entità clinica, ma anche una entità giuridica. Ma poichè indubbiamente la parte clinica ha maggior importanza, e certo maggior urgenza ad essere applicata nel trattamento curativo, le sue deficienze sono maggiormente avvertite, e ci devono indurre anche a ricercarne più sollecitamente i rimedi. I quali devono consistere nel *miglioramento della preparazione del medico,* il quale miglioramento dev'essere iniziato e curato fin dall'insegnamento universitario. È questo insegnamento specialmente che deve tener presente la necessità di licenziare medici che siano forniti di sufficiente preparazione infortunistica. La più gran parte di essi sarà chiamata nell' esercizio della professione ad occuparsi, più o meno occasionalmente e sistematicamente, della cura e del giudizio in casi di infortunati: ma quale preparazione scentifica e pratica ricevono al riguardo? (E mi limito all'infortunistica, perchè più strettamente attinente al nostro argomento, senza entrare nella discussione del compito

sempre più esteso che va preparandosi al medico coll'incremento odierno della legislazione sociale, sul che si dovrebbero ripetere le stesse lamentele).

L'insegnamento corredato da quella scarsa pratica che può offrire la frequenza delle lezioni o delle esercitazioni, si volge di preferenza, per non dire esclusivamente, ai casi che necessitano il ricovero ospedaliero, cioè a casi gravi, il cui trattamento curativo esige già generalmente cognizioni e mezzi più specializzati, di quelli che non siano possibili nella pratica comune, e che ad ogni modo rappresentano la grande minoranza dei casi di infortunio. Che qualunque medico possa venire chiamato a compiere operazioni di urgenza, e che quindi vi sia preparato, è cosa ottima : ma il suo intervento operativo deve essere per forza di cose limitato generalmente a questo punto. E se può essere utile che egli conosca la medicina operatoria e le audacie della clinica chirurgica, crediamo che anche più utile gli sarebbe conoscere il trattamento modesto di tante modeste lesioni che saranno portate alle sue cure.

Si avrebbe così meno occasioni di lamentare che non vengono bene osservate l'asepsi o l'antisepsi per le cure di piccole ferite; che non si sappia fare un'ablazione di unghia a tempo; che non si sappia incidere a tempo e luogo un patereccio od un ascesso; che non si sappia ridurre bene una frattura anche semplice; che non si abbia alcuna preoccupazione del pericolo che corre la funzionalità dell'arto con bendaggi immobilizzanti troppo protratti ecc. A troppo lungo discorso mi porterebbe il rilievo di tutte queste deficienze che derivano dall' insegnamento, il quale non si cura « de minimis », e si disinteressa generalmente della guarigione funzionale.

Del resto pare che il male non sia solamente nostrano, perchè anche altri paesi se ne lamentano. (1) Anzi a questo proposito è significativa una proposta (2) firmata dai presidenti del Verband-Berufgenossenschaften e del « Verband der Landwirtschaftlichen Berufgenossenschaften » che raccolgono si può dire la totalità di

---

(1) Vedi per es : la relazione di Pometta alla Conferenza « Svizzera dei direttori delle cliniche chirurgiche e professori » riferita nella « Revue Suisse des accidents du Travail N. 9-10-1921.

(2) Autràge zur Verbesserung des arztlichen Studiums-Monatschrift für Unfallheikunde n. 8 1921.

tutti gli istituti tedeschi d'assicurazione. Essi ricordano che compito del trattamento medico è quello di ristabilire non solo la salute ma la capacità al lavoro, e che non tanto la guarigione anatomica deve importare quanto la guarigione funzionale (per. es. nelle fratture, mantenimento della muscolatura e del movimento articolare, anche a scapito della posizione dei frammenti). Essi ricordano l'affermazione di un distinto infortunista, che un terzo delle invalidità permanenti potrebbe essere risparmiata se il trattamento curativo fosse esente da rimproveri. Suggeriscono che la chirurgia delle estremità abbia uno speciale docente, annesso se si vuole alla Clinica chirurgica, versato nell'ortopedia e il cui insegnamento sia obbligatorio con frequenza ed esami obbligatori.

Desidererebbero anche un insegnamento speciale, staccato dall'insegnamento ufficiale, per le malattie interne e nervose legate a meccanismi traumatici, mentre per lesioni d'occhi, orecchie, ecc. da infortunio credono che anche l'insegnamento ufficiale possa occuparsene.

E poichè in infortunistica anche il peritare (Begutachtung) ha grande importanza, richiedono che negli insegnamenti di cui sopra, che devono essere svolti con dimostrazioni pratiche, si faccia luogo a questo esercizio. Anche la psicologia e la psicopatologia dell'infortunato, in una con lo studio della legge e del codice deontologico (diritti e doveri dei medici) dovrebbero far capo ad un insegnamento affidato al medico-legale. In tal modo, senza ricorrere ad un « corso unico d'infortunistica » che essi ritengono non sufficiente e non indicato per impartire gl'insegnamenti richiesti, essi sperano che sarebbe meglio ottenuta la preparazione del medico a cui sono affidati compiti sempre più importanti nella retta applicazione della medicina sociale.

Ho riferito un pò estesamente le proposte di questi pratici e autorevoli conoscitori delle assicurazioni, perchè, pur riconoscendo che vi possa essere qualche proposta discutibile, trovo che hanno indicato in complesso abbastanza esattamente, pur essendo profani della medicina, parecchi punti dove si avvertono, e non solo in Germania, deficienze di preparazione del medico in infortunistica. (1)

Nei grossi centri naturalmente queste deficienze sono meno sensibili perchè è possibile acquistare esperienze negli ambulatori e al-

---

(1) Vedi anche a questo proposito le proposte di Kaufmann sulla « Riforma degli studi medici» in Monatschrift für Unfallkeilkunde n. 3, 1921.

tri luoghi dove si praticano le cure degl'infortunati, e le lacune dell'insegnamento possono venire colmate dalle lezioni della pratica. Non è il caso poi di intrattenerci sulla preparazione degli specialisti, altro che per segnalare l'errore in cui si cade facilmente, che ogni specialista sia versato nel curare gl'infortuni della sua specialità. Anche per questo occorre più che una particolare preparazione tecnica, un particolare abito mentale che tenga sempre presente la natura clinica e giuridica delle lesioni, e lo scopo (guarigione funzionale) a cui deve tendere la cura.

Ma se il medico è parte importante, essenziale, di una buona organizzazione sanitaria, non sono però da trascurare i mezzi che si pongono a sua disposizione, e le modalità con cui la sua opera viene richiesta. È questo il compito di una *savia distribuzione dei servizi.*

Anzitutto, volendo seguire l'infortunato dal momento dell'infortunio, è di grande utilità che vengano attuate *infermerie e posti di soccorso nell'interno degli stabilimenti,* con servizio permanente di infermieri o infermiere (e ricordo per incidenza come una buona preparazione e scelta dagli infermieri sia elemento non trascurabile di una buona organizzazione sanitaria; e se non temessi di allungare soverchiamente la mole di questo studio, potrei facilmente portare argomenti e dimostrazioni in favore dell'asserto, che del resto credo troverà assenziente il lettore) e con servizio temporaneo o permanente del medico. L'operaio ha in tal modo subito le cure necessarie di medicazione e di disinfezione per ogni lesione anche piccola, che trascurata può dare origine a lunghe malattie; e l'economia generale del lavoro ha il notevole risparmio di moltissime giornate o semigiornate di lavoro non perdute.

Per citare un esempio: in una grande fabbrica che ha occupato in modo continuativo dai 1600 ai 1700 operai, si ebbero nel primo semestre del 1921, n. 12726 infortunati di cui solo 230 furono inviati agli ambulatori od agli ospedali perchè presentanti lesioni cagionanti oltre cinque giorni di invalidità. Ad essi si debbono aggiungere 568 casi di lesioni oculari, di cui solo 8 furono denunziati come regolari infortuni perchè guariti al di là dei cinque giorni. Si faccia il calcolo di quante giornate lavorative sarebbero state perdute, e quale forte spesa avrebbe richiesto la cura « disseminata » di tutti questi infortunati, e si vedrà quale utilità il servizio sanitario interno rappresenti per il guadagno dell'operaio, per l'economia e la regolarità della produzione e per l'economia delle cure. Basterà un solo dato ma eloquente: quella fabbrica dopo l'esistenza del ser-

vizio di pronto soccorso e di cure, ha visto il suo premio di assicurazione discendere dal 45 al 21 per mille, il che vuol dire che l'assicurazione poteva segnare all'attivo una forte diminuzione di spese. (1)

Accenno solo, senza insistervi per non dilungarmi troppo dall'argomento, all'utilità di altro genere (visite preventive agli operai in rapporto al mestiere-pratica vantaggiosa all'assicurazione perchè diminuisce gl'infortuni-sorveglianza igienica, ecc.) che possono essere connesse con questo servizio, ed anche con risparmio di spesa per l' Istituto assicuratore, perchè potrebbe chiedere il concorso dell'industriale nella spesa stessa.

Il secondo anello della catena di previdenze sanitarie deve essere costituito dagli *ambulatori*. Il loro funzionamento è semplice, il loro costo non elevato, la loro utilità grandissima. Quattro medici a turno con un infermiere, possono assicurare il servizio di prima medicazione e delle cure successive per migliaia di infortunati all'anno. Ho visto ambulatori della « Vigile » curare in un anno più di 4000 nuovi casi infortuni con circa 30.000 visite di rimedicazione ; so che l'Associazione milanese per l'assistenza sugli infortuni compie nei suoi ambulatori non minor lavoro. A questi casi bisogna aggiungere il grande numero di lesioni oculari che vengono curati, in turni di guardia, dagli specialisti in oculistica. (2)

Questi ambulatori devono essere possibilmente distribuiti nelle zone (generalmente periferiche) di maggior densità industriale ; e devono poter usufruire di un mezzo rapido di trasporto (autoambulanze per feriti gravi). A qualcuno di essi potrebbero essere annessi due o quattro letti per il ricovero eventuale di intrasportabili, e per un servizio di osservazione temporanea (es. casi di commozione). Tutti devono essere naturalmente forniti del materiale necessario per un intervento operativo d'urgenza.

Nei grandi centri sarebbe anche utile un ambulatorio centrale dove si potessero eseguire le visite di tutte le specialità attinenti all'infortunistica, ed anche eseguire le cure meccanico-terapiche,

---

(1) Vedi Tovo « *Assicurazione malattie ed assicurazione infortuni* Lotte Sanitarie n. 23-1921 – Vigliani » *Le nostre previdenze sanitarie in tema di infortuni sul lavoro. La difesa medico legale del lavoro n.* 11-12-1921.

(2) Notizie istruttive sul funzionamento e sui risultati di un ambulatorio e infermeria annessa ad un gruppo di stabilimenti, sono quelle fornite dal Peri (Vedi Dati statistici e considerazioni su 4014 infortuni sul lavoro nella Società Ligure Metallurgica, Sestri Ponente 1909). Da esse

elettriche, idroterapiche, che siano richieste dalle conseguenze meno gravi di infortunio, ad es. rigidità di dita, del polso, del gomito, ecc.

Sorvolo sull'installazione, numero e distribuzione dei locali, ecc. perchè dovrei addentrarmi in problemi tecnici che hanno un interesse secondario per questa trattazione la quale vuole limitarsi, secondo il tema proposto a concorso, a tracciare solamente le grandi linee dell'organizzazione ; (1) ricordo solo per ciò che riguarda l'utilità e l'economia di questi presidi, che essi possono servire anche per *soccorsi d'urgenza per il resto della popolazione.*

Il terzo anello è costituito dagli *ospedali.* Inutile entrare in dettagli sull'utilità, organizzazione, ecc. di questi stabilimenti. Il servizio sanitario delle cure degl'infortunati dovrà naturalmente usufruire di questi stabilimenti nel miglior modo che gli sarà possibile, con convenzioni speciali per attutire il peso economico non indifferente dell'assistenza ospedaliera. Quello che preme però notare, è l'utilità che dal lato curativo presenterebbe *l'istituzione di ospedali o sezioni ospedaliere specializzate* per le cure degl'infortunati. È il contrasto già più volte rilevato, fra gli scopi attualmente perseguiti negli ospedali comuni (guarigione anatomica) e quello che dovrebbero prefiggersi gli ospedali specializzati (guarigione funzionale), che spiega e giustifica la creazione di questi stabilimenti. Lo rilevava già il Bernacchi, se anche con tinte un pò fosche, al Congresso Internazionale degl'infortuni di Dusseldorf (1902) : « negli ospedali comuni » egli diceva : « affollamento di ammalati, mancanza di letti, guarigioni brillanti nei casi interessanti o rari, scarso interesse per le ferite comuni, per le fratture banali. Dimissione precoce di ricoverati, appena ottenuta la guarigione anatomica, nessuna preoccupazione della guarigione funzionale ».

---

risulta che su 4009 infortuni curati, il 45, 45 % era gia guarito in meno di otto giorni, il 76, 55 % in meno di 15 giorni e solo il 2,56 % presentó una durata di invalidità temporanea superiore di 60. g. Di questi infortunati solo l'1,89 % ebbe a presentare invalidità permanente.

(1) A Berlino esistono due categorie di « Unfall-stations » una di « piccole stazioni » sul tipo degli ambulatori da noi accennato, l'altra di « grandi stazioni » che contengono già 20-30 letti. I fabbricanti di birra che li hanno impiantati a loro spese, in unione alla Croce Rossa, hanno visto discendere in un decennio (1892-1902) le invalidità permanenti dal 17,63 al 7,98 per mille infortuni.

Le corporazioni industriali della Germania hanno sentito questo inconveniente ed hanno creato ex-novo ospedali particolari per gl'infortunati, affidandoli alla direzione di chirurghi valenti e specializzati in infortunistica (basta citare il Thiem a Cottbus, il Lederrhose a Strasburgo, l'Oberst ad Halle, ecc.) I risultati ottenuti furono buoni, e statistiche pubblicate, ad es. del Thiem (1) hanno dimostrato le notevoli diminuzioni di invalidità, registrate nei curati di questi ospedali, in confronto dei curati negli ospedali comuni. Invece di questi ospedali possono servire anche sezioni specializzate aperte presso ospedali comuni. (2)

Certo che questo problema di ospedali specializzati si presenta grave dal lato finanziario; ma se badiamo all'esperienza di quelli che ci hanno preceduti, pare che i benefizi che se ne ritraggono siano tali da costituire un incoraggiamento a sorpassare le preoccupazioni che desta la spesa necessaria per la loro costruzione ed il loro funzionamento.

Ultimo anello della catena è quello rappresentato dagli *Istituti di vera e propria restaurazione funzionale* che possono essere annessi agli ospedali e possono anche costituire stabilimenti isolati (come ad es. il cosidetto convalescenziario di Nieder - Schönhausen presso Berlino, che è una creazione di parecchie Corporazioni industriali). In questi luoghi oltre alle cure generali d'irrobustimento, di adattamento progressivo al lavoro per individui defedati, si potranno esplicare al massimo i trattamenti per la rieducazione funzionale delle parti invalide del corpo. Cure meccano-terapiche, massaggi, elettricità, bagni, docce, ecc. possono essere quivi applicate con tutti i suggerimenti di una tecnica e di uno strumentario ormai molto sviluppati, e sui quali è necessario sorvolare per non esporre particolari apprezzabili solo da persone dell'arte, e che aumenterebbero soverchiamente la mole di questo studio. Anche i risultati dell'esperienza relativa a queste cure, tanto più efficaci se praticate subito dopo la guarigione anatomica, ma che non mancano di

---

(1) Vedi il suo trattato e il « *Festschrift* » già citato, per l'inaugurazione del nuovo ospedale a Cottbus. Vedi altre statistiche nella relazione già citata del Bernacchi al Congresso Internazionale per gl'infortuni di Bruxelles (1897).

(2) Del tutto recente è per es : l'apertura di una di queste sezioni presso l'Ospedale di S. Vito in Torino dipendente dalla Cassa Nazionale infortuni.

essere utili anche a distanza di tempo (riapertura del trattamento curativo), stanno ad indicare l'utilità e la convenienza di questi stabilimenti.

In tal modo si potrebbe concepire un'organica e sagace concatenazione di servizi sanitari che prendendo l'infortunato dal primo momento dell'infortunio, l'accompagnino attraverso le diverse provvidenze che richiede il suo caso, fino a raggiungere il maggior grado possibile di reintegrazione della sua capacità lavorativa.

È vero che essa non è possibile che nei centri industriali dove la densità della popolazione operaia ed il numero grande di infortuni che richiedono le cure, permette di stabilire un'organizzazione intensiva, che finisce col richiedere, per ogni infortunato, una spesa relativamente tenue. Ma poichè una notevole parte della massa operaia vive in centri industriali ed in prossimità di essi, provvedendo ad essa avremo fatto un passo rimarchevole verso una generale e completa assistenza sanitaria dell'infortunato.

E del resto non è detto che anche per *quella parte che vive lontano dalle città o dai centri industriali* non si possa provvedere ad un servizio sanitario se non perfetto, almeno migliore dell'attuale. Si tratta soprattutto di organizzare le cose in modo: 1° che la notizia dell'infortunio arrivi con rapidità all'assicurazione, cosicchè questa possa subito a seconda della gravità o qualità della lesione, intervenire coll'opera o col consiglio di qualche medico esperto; 2° che non si lesini sui mezzi di trasporto e di ricovero in stabilimenti dove possano essere apprestate le cure in modo più conveniente.

È certo cne nella cura di questi infortunati l'intervento dell'istituto assicuratore dovrà essere più esteso e più sentito, attraverso l'azione di medici provetti che dovranno recarsi, quando se ne ravvisi l'opportunità, sui luoghi a far opera di controllo, o di consiglio; pronti anche ad eseguire atti operativi necessari al ferito, forti dell'appoggio della legge per opporsi alla negligenza od all'imperizia del curante, ed alla cattiva volontà dell'infortunato.

Attraverso le agenzie regionali circondariali e mandamentali, senza eccessi di burocratica centralizzazione, ma lasciando agli organi periferici una certa snellezza di movimenti ed un certo grado di responsabilità, si potrebbe organizzare un servizio in modo sufficiente.

Si potrebbe già in *precedenza fissare un certo numero di prescrizioni mediche* che riguardano la cura di date lesioni. Per es.: per le fratture delle ossa degli arti, il medico locale non potrà praticare

in un primo tempo altro che il bendaggio provvisorio, in attesa che l'esperto inviato dall'assicurazione (se questa lo ritiene opportuno), od il trasporto in un ospedale permetta di compiere il bendaggio definitivo. E così si potrebbe prescrivere ad es.: che gli individui con ferite aperte dall'articolazioni vengano senz'altro subito inviati in luoghi designati di cura. Ed altri casi si possono immaginare, la cui illustrazione tralascio (perchè mi obbligherebbe ad entrare in particolari troppo tecnici) nei quali già per disposizioni preordinate, l'infortunato viene con grande rapidità, e per così dire automaticamente, passato o in mani o sotto mezzi più idonei; e sottoposto ad un trattamento curativo che sarà in grado di attuare più o meno bene, ma sempre meglio di quel che si constati oggidì, le conseguenze dannose dell'infortunio. (1) Non sarà difficile, senza voler far capo a grossi centri, i cui ospedali specializzati possono essere utilizzati per i casi più importanti, organizzare anche nelle cittadine e nei grossi paesi, dei centri di cura (valendosi di ospedali o stabilimenti di cure che si possono già trovare, o creandone degli appositi, chiamandovi anche a concorrervi i comuni ed opere pie) che possano compiere questo ufficio di prima raccolta degli infortunati i quali spesso vi troveranno le cure sufficienti per il loro caso, e che del resto potranno essere rimandati a casa, appena il trattamento curativo lo permetterà (ad es. molti fratturati delle ossa, una volta eseguito il bendaggio definitivo col controllo (radiografico) della riduzione possono essere rinviati al loro domicilio).

---

(1) È abbastanza istruttiva a questo proposito la determinazione a cui si è ispirato sotto l'impulso dell'illustre suo presidente Kaufmann. Dottore in legge ed in medicina. il Tribunale imperiale delle assicurazioni tedesche, organo regolatore dell'assicurazione che sta all'infuori ed al di sopra degl'interessi particolari delle parti, di emanare cioè delle norme per il trattamento curativo (Leitsatzen für das Heilverfahren Rundschreiben del 14 Dicembre1911 – Vedi Amtliche Nachrichten des Rechsversicherungsamtes 1911 pag. 594). In Germauia, come fu già più volte detto, nelle prime 14 settimane la cura dell'infortunato è di regola a carico della Cassa-malattie, che lo cura con i suoi medici locali. Gl'inconvenienti, analoghi a quelli che noi lamentiamo, furono tali che fu dato nel 1892 facoltà all'Istituto assicuratore di assumersi la cura degl'infortunati anche prima della 14ª settimana. Questi «Leitsatze» costituiscono precisamente una serie di consigli e di indicazioni alla Cassa-malattie per facilitare questo intervento precoce dell'Istituto allo scopo di assicurare come è detto al n. 2, non solo la guarigione anatomica, ma anche il ricupero della funzionalità del corpo.

Certo che questa organizzazione richiederà spese non indifferenti, e che dappertutto essa non potrà arrivare, od avrà la convenienza di arrivare : ma costituirà già un notevole miglioramento sull'imperfezione dell'ordinamento attuale. E per ciò che riguarda la spesa, abbiamo già più sopra dimostrato che questa è compensata da vantaggi non indifferenti.

Del resto *l' importanza sociale di questa assistenza sanitaria agli infortunati non può essere ridotta esclusivamente ad una partita contabile*, il cui dare e l'avere si debbano bilanciare in ogni caso ed in ogni situazione : si tratta di ridare salute, forza, a chi fu una vittima del lavoro e questo scopo rappresenta un interesse superiore a cui devono inchinarsi e se necessario anche sacrificarsi gl'interessi particolari.

L'assicurazione italiana deve poter far sue le parole con cui il Rieder (1) celebrava il progresso dell'assicurazione tedesca « Oggi « la durata ed il costo nel trattamento dell'infortunato non hanno « più importanza esclusiva. Il massimo ora deve impiegarsi per la « sua reintegrazione. L'assicurazione contro gl'infortuni ha dato « all'azione medica, essenzialmente mutata e migliorata in con« fronto del passato, una nuova base. Questo è forse il dono più « notevole che attraverso all'assicurazione infortuni venne fatto « al nostro popolo ».

APPENDICE.

Sull'obbligatorietà delle cure nelle assicurazioni contro le malattie, e sui rapporti di assistenza sanitaria fra Assicurazione-malattie ed Assicurazione-infortuni.

Non sarà inutile, prima di conchiudere, il gettare un rapido sguardo all'obbligatorietà delle cure nell'assicurazione contro le malattie, perchè questa assicurazione ha comune con quella degl'infortuni le finalità sociali, ed in parecchi paesi sostituisce nelle cure, per i primi tempi dopo l'accidente, l'assicurazione contro gl'infor-

---

(1) Vedi Festbericht-zum 25 Jährigen Jubiläun des U. V. G. pag. 31.

tuni. Le disposizioni che regolano l'assistenza sanitaria contro le malattie, possono quindi avere interesse ed offrire insegnamenti per la risoluzione del problema dell'obbligatorietà delle cure nell'assicurazione degl'infortuni. Ci limitiamo all'esame della legislazione dei paesi più importanti ove vige l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Austria. – L'assicurazione è a carico dei datori di lavoro per 1/3 e degli assicurati per 2/3.

Il malato ha diritto all'assistenza medica, ai medicinali ed agli apparecchi (stampelle, cinti, occhiali, ecc.). Egli può essere ricoverato in un ospedale, ma si richiede il suo consenso quando egli è ammogliato o convive con la famiglia. Ma quando il ricovero è richiesto dalla natura della malattia, o dalle circostanze speciali del caso, il consenso non è necessario. Le sanzioni consistono nella perdita del sussidio.

Il medico può essere imposto dalla Cassa, come può essere lasciato ai malati libera scelta, ma sempre fra i medici della circoscrizione della Cassa, coi quali questa abbia speciali accordi.

Inghilterra. – L'assicurazione è per gli uomini a carico dello Stato per 2/9 e per 7/9 degl' imprenditori ed assicurati: per le donne a carico dello Stato per 1/4 e per 3/4 dei datori ed operai.

Fornisce l'assistenza sanitaria sotto forma di indennità per le cure mediche (medici, medicinali, apparecchi) (1).

Gli ammalati devono scegliere in una lista di medici coi quali i Comitati di assicurazione hanno concluso accordi. Gli stessi comitati provvedono ad accordi con Ditte per la fornitura di medicinali, apparecchi, ecc. Per cattiva condotta l'assicurato perde il diritto all'indennità.

Germania. – L'assicurazione è a carico per 1/3 dei datori di lavoro, e per 2/3 degli operai.

---

(1) La legge del 1911 contemplava anche un'assistenza « di sanatorio », ma con legge del 1920 tale assistenza (eccetto che per l'Irlanda) fu tolta all'assicurazione ed affidata ad un nuovo servizio pubblico di assistenza.

L'assicurazione dà diritto alle cure mediche, medicinali, apparecchi ecc. In luogo di tali prestazioni l'ammalato può essere ricoverato, col suo consenso, in un ospedale. Il consenso non è necessario se la malattia è contagiosa, se egli non segue le prescrizioni mediche se la malattia esige continua osservazione, se non è possibile in casa un'assistenza conveniente. Possono essere concessi infermieri per l'assistenza a domicilio, quando non si può ricoverare l'ammalato in ospedale, o quando non è opportuno allontanarlo dalla famiglia.

La sanzione in caso di contravvenzione ingiustificata alle disposizioni di legge, è costituita dalla perdita totale o parziale dei sussidî.

I medici sono scelti dalla Cassa. L'assicurato ha normalmente diritto di scelta fra almeno tre medici : e se accetta di pagare le spese supplementari necessarie, egli ha diritto di scelta fra tutti i medici bene accetti dalla Cassa. Tuttavia gli Statuti delle Casse possono stabilire che durante il corso della malattia, o durante lo stesso esercizio, l'ammalato non possa cambiare il medico senza il consenso del Comitato direttivo. Così pure le Casse possono incaricare dell'ospitalizzazione soltanto determinati ospedali, e rifiutarsi di pagare qualunque altro ospedale salvo i casi d'urgenza. Non possono però essere esclusi, salvo gravi motivi, ospedali che hanno scopi filantropici ed interessi generali, e quelli creati da enti pubblici. Qualora il medico o l'ospedale non corrispondano alle necessità del caso, l'ufficio superiore dell'assicurazione può ordinare che si ricorra ad altro medico od ad altri ospedali.

Se poi in una Cassa i servizi medici sono seriamente compromessi per il fatto che la Cassa non può concludere conveniente contratto con un numero sufficiente di medici, o perchè i medici non osservano i contratti, l'ufficio superiore delle assicurazioni può autorizzare la Cassa a dare in luogo delle prestazioni mediche una prestazione di denaro fino a concorrenza dei 2/3 del sussidio di malattia, e ad adottare altri provvedimenti. (Stessa disposizione in Austria con concorrenza fino al 75% del sussidio malattia).

Norvegia. – L'assicurazione è a carico per 2/10 dello Stato, 1/10 del Comune, 6/10 dell'assicurato, e 1/10 del datore di lavoro.

L'ammalato ha il diritto all'assistenza sanitaria, medicinali, ecc. per 26 settimane : ad essa può essere sostituito la cura in ospedali (con norme uguali a quelle della legge tedesca). Le trasgres-

sioni che non hanno giustificato motivo importano la perdita dell'indennità. I medici sono scelti dalla Cassa.

Olanda. — L'assicurazione è a carico del padrone che può rivalersi per la metà dei premi sui salari degli operai. Il servizio medico non è compreso fra le prestazioni. Si dà solamente l'indennità di malattia (70% del salario): si esige però per avere l'indennità che si provi di avere il servizio medico e farmaceutico assicurato in altro modo (Società di Mutuo soccorso).

Polonia. – L'assicurazione è a carico per 2/5 dell'assicurato, e per 3/5 dei datori di lavoro. Le prestazioni comprendono : le cure mediche, medicinali, i mezzi terapeutici, ecc. Essa può venire sostituita da ricovero in ospedali col consenso dell'ammalato, ed anche senza suo consenso in certi casi (malattie contagiose, impossibilità di conveniente assistenza, disobbedienza al medico, ecc.). Le sanzioni consistono in sospensioni del diritto di indennità. Gli ammalati hanno diritto di scelta fra i medici della Cassa. Gli ammalati possono però cambiare il medico durante il corso della malattia senza il consenso della Direzione della Cassa.

Romania. – L'assicurazione è per ⅓ a carico dello Stato, ⅓ a carico del datore di lavoro, e ⅓ dell'assicurato. Le prestazioni sanitarie comprendono cure mediche, medicinali, oggetti terapeutici, ecc. Invece delle cure a domicilio può essere prescritto la cura in ospedale (con norme uguali a quelle della legislazione tedesca). Tutti gli ospedali dello Stato e dei Dipartimenti, dei Comuni e delle Eforie debbono accettare gli ammalati. Le sanzioni per le trasgressioni ingiustificate alle disposizioni di legge sono costituite dalla perdita del sussidio. I medici sono scelti dalla Cassa.

Svizzera. – L'assicurazione non è obbligatoria per legge di Stato. Può essere dichiarata obbligatoria dal Cantone, od in generale, o per certe categorie di persone. L'assicurazione è esercitata da Casse-Malattia riconosciute, basate sul principio della mutualità. Lo Stato interviene con sussidi. Le prestazioni sono costituite dalle cure mediche, o dall'indennità, o dall'una e l'altra insieme. Le cure mediche non comprendono in generale le cure ospedaliere, o speciali; però le Casse pubbliche od obbligatorie possono affidare ad un ospedale la cura dei proprii ammalati.

L'assicurato può scegliere fra i medici che dimorano nel luogo di dimora o nei dintorni: la Cassa ha però diritto di affidare le cure dei proprii inscritti ai medici coi quali ha stipulato delle convenzioni; e l'inscritto deve farsi curare dal medico indicato dalla Cassa. Sia in caso di libera scelta assoluta, che di scelta condizionata, la Cassa ha facoltà di esercitare controllo col suo medico fiduciario. Le sanzioni in caso di rifiuto, disobbedienza ecc. dell'assicurato, sono costituite dalla perdita della indennità.

UNGHERIA. – L'assicurazione è a carico per metà dell'imprenditore e per metà dell'assicurato.

Le prestazioni sanitarie (per 20 settimane) consistono in cure mediche, medicinali, ed altri mezzi di cura.

L'ammalato può essere ricoverato in ospedale con o senza il suo consenso (secondo le norme della legislazione tedesca.) I medici sono scelti dalla Cassa. Le sanzioni consistono nella perdita del sussidio. (1)

L'assistenza sanitaria degl'infortunati presenta anche un problema interessante in rapporto all'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Il priblema consiste nella considerazione dell'*opportunità di fondere o coordinare piu o meno le cure per gli ammalati e per gl'infortunati.*

In Italia non abbiamo ancora l'assicurazione obbligatoria contro le malattie; ma poichè in un tempo più o meno prossimo essa sarà instaurata, dovrà allora essere risolta detta questione, che del resto ha già dimostrato di sollevare un vivo interesse nel campo degli studiosi e dei pratici. (2)

---

(1) Per *l'Italia* vedi « Atti della Commissione governativa incaricata della preparazione di uno schema di disegno di legge per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie » Vedi Appendice al Capitolo 1.

Per la *Francia* vedi disegno di legge presentato dal Governo Francese alla Camera sulle assicurazioni sociali in « Rassegna della Previdenza sociale – 1921.

(2) Al congresso di Trieste (Ottobre 1921) indetto dalla Confederazione del Lavoro la questione fu discussa, ma piuttosto di sfuggita. Essa invece costituì uno dei temi del Congresso Nazionale dei medici infortunisti. (Torino, gennaio 1922), Vedi a questo proposito la relazione *Pisenti* sul tema « Assicurazione Malattie » ed « Assicurazione Infortuni » e la discussione che ne seguì in Atti del Congresso - Casale - Tipo-

Io ritengo, in accordo con la maggioranza degli studiosi che si sono pronunziati al riguardo, che le assistenze sanitarie per le due assicurazioni debbono essere tenute per quanto possibile distinte. Non credo il caso di entrare nella discussione delle ragioni giuridiche, amministrative, morali, economiche che consigliano l'indipendenza dell'assicurazione infortuni da quella delle malattie: questi brevi accenni vogliono solo considerare il trattamento curativo dell'infortunato, perchè questo si ricollega all'argomento del tema sorto in questa memoria, nel quale abbiamo visto che rientra lo studio della organizzazione sanitaria migliore per raggiungere gli scopi che si propone l'obbligatorietà delle cure.

Ora è certo che il trattamento curativo dell'infortunato è meglio assicurato da un'organizzazione speciale, che non da quella dell'assicurazione malattie. L'esperienza della Germania, dell'Austria, che pure avevano comunanza di cure (per un certo numero di settimane) con la Cassa-Malattia è molto istruttiva al riguardo: ed abbiamo già avuto occasione di ricordare come gl'Istituti assicuratori abbiano ottenuto la facoltà di assumere la cura dell'infortunato subito dopo l'accidente, e si siano valsi di queste facoltà, con buoni risultati (1).

Le ragioni di questa indipendenza dei servizi sanitari si possono riassumere in queste principali: la malattia derivante da infortunio non è solo un'entità clinica ma anche un'entità giuridico-sociale: dev'essere considerata con criteri diversi dalle comuni

---

grafia Popolare 1922. Vedi pure *Tovo* Assicurazione malattie ed assicurazione infortuni in « Lotte Sanitarie - Torino 1 dicembre 1921 ».

(1) Vedi Capitolo « Sugli aspetti economici dell'obbligatorietà delle cure ». È del tutto recente una nuova Convenzione fra le Casse-malattie e le « Corporazioni industriali » andata in vigore col 31 Dicembre 1921 (Vedi « Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt » 1922 n. 3). Con questa Convenzione la Cassa si obbliga a segnalare alla Corporazione tutti i casi di infortunio, appena esso sia avvenuto, anche quelli che sembrano di minore importanza; di seguire il consiglio dell'esperto della Corporazione che deciderà se prendere in cura il ferito, o ricoverarlo in ospedali o sorvegliare solo il trattamento eseguito dal medico della Cassa. Interventi operativi devono essere possibilmente eseguiti dall'esperto della Corporazione in ospedali. L'ammalato sarà rinviato alle cure della Cassa quando ciò sarà ritenuto conveniente, sia dopo la prima visita, che dopo un trattamento successivo. Le spese per lo speciale trattamento, per il trasporto del ferito ecc. sono a carico della « Corporazione ». La convenzione prosegue poi regolando speciali rapporti amministrativi.

malattie, ed esige una valutazione ed una cura che l'assistenza sanitaria generica della Cassa malattie non può offrire. La Cassa malattie si preoccupa di ottenere il più presto possibile la guarigione anatomica, se pure, oltrepassato il periodo in cui l'ammalato è a suo carico, non si disinteressi anche di questa. La guarigione funzionale generalmente non la preoccupa. I suoi medici incaricati ed occupati in cure generiche ad ammalati, non hanno abito mentale, e nemmeno generalmente le conoscenze tecniche, necessarie per una buona cura e sorveglianza dell'infortunato.

Come essi non sono preparati per discernere una simulazione, un auto lesione od un aggravamento artificiale di lesione, (1) così non si curano generalmente di particolari, che sembrano di scarsa importanza per il chirurgo generico mentre ne hanno molta per l'infortunista, in rapporto alla migliore possibile restaurazione funzionale. Una buona ed efficace organizzazione sanitaria per le cure degl'infortunati, deve iniziarsi già dalla fabbrica ed accompagnarli attraverso presidi sanitari appositi (ambulatori, ospedali, istituti di rieducazione) sempre sotto la guida di medici esperti: questa organizzazione la Cassa-Malattia non la può dare, e nelle cure dei suoi ambulatori l'infortunato resta confuso o trascurato nella massa degli altri ammalati. Mentre invece i presidi sanitari per infortunati potrebbero offrire un utile concorso all'assicurazione malattie, occupandosi dei soccorsi d'urgenza, delle cure ai feriti non da infortunio, di funzioni di controllo ecc. Solo là dove per ragioni contingenti non può giungere l'organizzazione per gl'infortuni, si potrà

---

(1) La legge tedesca aveva affidato alle Casse Malattie le cure degli infortunati per questo motivo che risulta dalle discussioni del Reichstag « per gl'infortuni leggeri recanti una breve incapacità, queste organizzazioni estese (le Corporazioni industriali) saranno incapaci di esercitare la sorveglianza necessaria per svelare le simulazioni, così temibili per questi casi. Questa sorveglianza sarà invece molto più efficacemente esercitata dalla Cassa malattie, organismo poco esteso, dove ciascuno, padrone ed operaio, ha interesse di impedire la simulazione ». L'esperienza ha dimostrato come questo risultato non sia stato ottenuto, ma che viceversa siano nati da questa attribuzione tanti e tali inconvenienti che dopo qualche anno (1892), la legge veniva riformata, affidando la facoltà di cure alla Coorporazione fin dal primo momento dell'infortunio A proposito di queste ed altre insufficienze della Cassa malattie per le cure degl'infortunati, vedi Jourdan - De l'assurance obbligatoire contre les accidents du travail en Allemagne-Paris-Rousseau 1894 Pag. 121 e seguenti.

ricorrere a quella per gli ammalati ; come sarà certo conveniente stringere fra le due assicurazioni, accordi per la coordinazione dei compiti amministativi. Ma per quanto possibile, la cura degl'infortunati dev'essere tenuta distinta da quella degli altri ammalati.

A troppo lungo discorso ci condurrebbe il discutere anche sommariamente il fondamento di queste ragioni e conclusioni ; mi basterà di averle accennate perchè esse appoggiano quei principi di organizzazione sanitaria sugl'infortunati che abbiamo poco avanti delineato, come mezzo utile e necessario per assicurare il buon esito dell'invocata riforma dell'obbligatorietà bilaterale delle cure.

CONCLUSIONE

Le considerazioni che abbiamo svolte nei capitoli precedenti, non si prestano ad essere riassunte, al modo che potrebbe farsi per i risultati di un lavoro sperimentale, in brevi e precise conclusioni; tuttavia volendo ricapitolare i punti principali che emergono da esse, potremmo formulare le seguenti proposizioni:

1. – L'obbligatorietà delle cure verso l'infortunato deve essere richiesta al datore di lavoro od a chi per esso. Questo obbligo è dettato dall'interesse collettivo, e dall'interesse particolare dell'imprenditore ed assicuratore, ed è già riconosciuto parzialmente nella disposizione che pone le spese per le prime cure negl'infortuni industriali a carico del datore di lavoro.

2. – Tale obbligo è conforme ai principi che hanno ispirato la legge di assicurazione contro gl'infortuni, ed esso non costituisce violazione di diritto e di norme legislative esistenti, ma sibbene integrazione di tendenze già affermatesi nella legislazione, e sanzione giuridica di un bisogno morale sentito non solo nel campo operaio ma anche nel campo padronale.

3. – L'obbligo delle cure deve essere completo, abbracciante cioè tutto il trattamento curativo, il quale non si esaurisce colla guarigione anatomica, ma col ricupero del massimo possibile della capacità lavorativa.

4. – Quest'obbligo è tanto meno contrastabile in quanto esso si traduce in sensibile diminuzione dei pesi dell'assicurazione per la durata dell'invalidità temporanea e per il numero e grado delle invalidità permanenti.

5. – Il diritto che si crea all'infortunato di avere tutte le cure, deve trovare il corrispettivo nell'obbligo suo di sottoporvisi

6. – Questo obbligo è determinato da interessi superiori della collettività, che devono soverchiare quelle che possono rappresentare coartazioni del diritto della personalità.

7. – Queste coartazioni sono già numerose nella legislazione sociale, e rientrano nella tendenza sempre più progrediente di subordinare l'interesse individuale all'interesse collettivo. In questo campo particolare dell'obligo dell'infortunato di sottostare a cure prescrittegli, abbiamo già precedenti della nostra legislazione infortunistica (assicurazione per gli operai agricoli ed alcune assicurazioni speciali).

8. – Il dovere di sottostare a cure non può trovare ragioni sufficienti di inammissibilità nel fatto di rappresentare una violazione o limitazione del diritto di scelta del medico, dell'obbligo del curante al segreto professionale, e di altre norme di natura giuridica o consuetudinaria.

9. – Esso deve spingersi fino al punto di subire atti operativi che siano utili per la reintegrazione della capacità lavorativa e non pericolosi.

10 – La adozione di questo obbligo trova appoggio nel sentimento morale, negl'interessi superiori dell'economia collettiva, nella più progredita coscienza sanitaria, nel dovere che ognuno deve sentire della difesa e valorizzazione della propria salute.

11. – Nella sua applicazione si deve avere riguardo, per quanto è possibile, agl'interessi morali e materiali dell'assicurato.

12. – Come si deve riconoscere nell'infortunato il diritto ad un risarcimento economico e sanitario, così si deve riconoscergli il dovere di non sfruttare economicamente l'assicurazione e di non ostacolare il trattamento curativo inteso alla guarigione anatomica e funzionale della sua lesione ; queste norme fontamentali si possono concretare nella formula dell'*obbligatorietà bilaterale delle cure* che si riallaccia nel suo principio informatore e giustificatore all'interesse superiore di vedere il lavoro e la salute difesi contro i danni del rischio professionale; e contro gli egoismi miopi e nocivi al benessere collettivo.

13. – Il modo migliore di ottenere gli scopi che si propone l'obbligatorietà bilaterale delle cure è quello di addossare il carico delle cure all'Istituto assicuratore il quale dovrà organizzare un servizio sanitario, per quanto possibile indipendente da ogni altra forma obbligatoria o libera di assistenza sanitaria, che accom-

pagni l'infortunato dal primo momento dell'accidente lesivo fino agli ultimi provvedimenti per la restaurazione massima della funzione offesa : esercitando esso istituto di regola la sola funzione di controllo e di sorveglianza su medici od Associazioni particolarmente indicate per queste cure, con facoltà, in caso di riconosciuta necessità, di assumersi anche la cura dell'infortunato mediante medici suoi fiduciari, direttamente da lui dipendenti.

Questi i punti che schematizzano le principali conclusioni a cui siamo giunti nello svolgimento di questo lavoro. Molti altri punti secondari restano in esse necessariamente solo adombrati od anche accennati ; e per essi non mi resta che rimandare il lettore ai capitoli che precedono.

Per la traduzione di dette conclusioni in norme legislative, ritengo sufficiente la formulazione di un semplice articolo il quale prescriva che « all'infortunato sono dovute cure sanitarie complete, « fino alla reintegrazione del maggior grado possibile di capacità « lavorativa ; sussistendo in pari tempo l'obbligo per lui di sotto- « starvi e di non poterle rifiutare salvo giustificato motivo » lasciando poi al regolamento di dettare alcune norme che fissino in quali casi sarà necessario o non il consenso dell'infortunato ad un provvedimento di carattere sanitario.

Mi sia lecito però, prima di chiudere, di osservare che gli effetti di questo nuovo passo della legislazione sociale non saranno quali possiamo e dobbiamo attenderli, *se la bontà del principio che l'informa, non troverà un fattivo consenso nell'animo e nell'azione delle parti interessate.* L'applicazione della legislazione sociale, per essere efficace, deve svolgersi in un'atmosfera di rettitudine e di solidarietà morale e materiale.

Anche l'applicazione dell'obbligatorietà delle cure deve essere accettata con lo spirito illuminato di una coscienza sociale sensibile. Ognuno, che vi è interessato, deve accogliere, con animo scevro di egoistiche preoccupazioni, i diritti ed i doveri che essa comporta. È certo, ed è doloroso il confessarlo, che molte volte la considerazione del superiore interesse collettivo non è viva luce che guidi la condotta delle parti che una malintesa consuetudine pone spesso in contrasto, mentre dovrebbero procedere in accordo : ma se la coscienza etica non si è ancora elevata a questo grado di sensibilità, ciò non deve essere ragione di scoramento, ma più forte motivo di lavorare, ognuno nella sua sfera, perchè esso sia raggiunto. Molto

possono e debbono fare le persone che sono più in grado di apprezzare le esigenze di interessi etici ed economici superiori e generali: fra esse *specialmente i medici* debbono dare opera perchè lo scopo della riforma sia bene compreso dagli infortunati che ricorrono alle loro cure. All'atmosfera di diffidenza che caratterizza ora i rapporti fra Istituti assicuratori ed assicurati deve subentrare *un'atmosfera di fiducia e di collaborazione*: alla visione gretta, particolaristica, spesso malsana, degli scopi dell'assicurazione, deve subentrare quella più vasta, più serena, più umana della sua importanza per la difesa del lavoro e della salute del lavoratore. Questa è la luce che deve illuminare l'applicazione dell'obbligatorietà delle cure: risarcire tutti i danni che derivano dal lavoro, restituire al lavoro tutte le forze, a quel lavoro che non deve essere castigo, ma ragione, ma gioia della nostra vita.

« In labore vita »

INDICE